

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 電話番号 _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 _____ マンション名 _____

来院時体温 _____ °C

① いつから _____ 月 _____ 日から

② どのような症状がありますか？

発熱 (最高 _____ °C) 咳 痰 息苦しさ (呼吸困難) だるさ (全身倦怠感)

鼻水 のどの痛み 頭痛 味覚・嗅覚の異常 吐き気・嘔吐・食欲不振

腹痛 下痢 その他 (_____)

	最近2週間の状況についてお聞きします。		
	2週間以内に風邪症状や37.5°C以上の発熱がある人と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2週間以内に新型コロナの患者と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2週間以内に国内や海外に移動(旅行や出張を含めて)をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	同居者が2週間以内に国内や海外に旅行や出張などをしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

③ 現在、治療中の病気はありますか？

特になし

呼吸器疾患 高血圧 脳血管疾患 糖尿病 脂質異常症 認知症

透析治療中 がん その他 (_____)

④ 内服中の薬はありますか？ あり (処方医療機関名: _____) なし

⑤ アレルギーはありますか？

あり (薬: _____ 食べ物: _____ その他: _____) なし

⑥ タバコ(電子タバコを含む)は吸いますか？もしくは以前に吸っていましたか？

はい (_____ 歳から _____ 歳まで、1日あたり _____ 本) いいえ

⑦ 職業 (_____)

職業上、不特定多数との接触はありますか？ あり なし

⑧ 同居している人はいますか？ はい (どなたですか? _____) いいえ

⑨ コロナワクチンは接種していますか？ はい いいえ

(「はい」の方) 1回目: _____ 月 _____ 日、2回目: _____ 月 _____ 日 (ファイザー、モデルナ)

3回目: _____ 月 _____ 日 (ファイザー、モデルナ)、(時期はおおよそで可)

⑩ (女性の方) 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ あり なし