**新型コロナウイルス感染症に関する問診票**

**（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　　　　　℃**

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　　　℃）　□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℃以上の発熱がある人と接触しましたか？** | **□はい** | **□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？** | **□はい** | **□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？** | **□はい** | **□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？** | **□はい** | **□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（　　　　　　　　　　　　　　　）**

**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）　何回接種しましたか？　　　　　回、**

**最終接種日はいつですか？：西暦　　　 　　年　　　　月　　　日**

**最後に打ったのはどこのワクチンですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**⑩（女性の方）妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？　　　　□あり　　　　 □なし**