

# 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 ( \_\_\_\_\_ )

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はありますか? あり なし