

年 月 日

ID

名前

感染に関する問診票

問診 1

あり 又は なし のどちらかに丸を付けてください

- ① 37.5℃以上のお熱が過去 10 日以内にありましたか？
または、現在もありますか？ (あり ・ なし)
- ② 新たに出現した咳や鼻汁はありますか？ (あり ・ なし)
- ③ 味や匂いの異常がありますか？ (あり ・ なし)
- ④ 保健所から「健康観察」の連絡がありますか？ (あり ・ なし)
- ⑤ 厚生労働省のアプリから連絡はありましたか？ (あり ・ なし)

※すべて「なし」の場合はご自身でお持ちいただき各診療科窓口にご提示ください。

問診 2

↓ ここから下は発熱窓口で確認させていただきます。

- (ア) 新型コロナウイルス感染症であることが確定した人と濃厚接触歴がある。
同居あるいは長時間の接触（車内・航空機内等を含む）
痰や唾液等の体液に直接接触した

あり ・ なし

- (イ) ①～③の症状が出る前 14 日以内に
・ 海外に渡航または居住していた。

あり ・ なし

(どこの地域ですか？)

- ・ 飲食店など不特定多数の人と接触をする場所に行きましたか？

あり ・ なし

(どんな場所ですか？ :)

- (ウ) (イ) に該当する人と濃厚接触歴がある。

同居あるいは長時間の接触（車内・航空機内等を含む）
痰や唾液等の体液に直接接触した

あり ・ なし

以上