

新型コロナウイルス感染症に関する問診票 (立ち入り業者用)

会社名		氏名			
会社所在地		居住地	都・県	区・市・郡	町

《業者記載》以下の質問事項について記入いただき「はい」の場合には、事前に依頼元部署にお電話ください

質問事項	回答欄	
① 今までにご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか。	はい (本人 ・ 家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・外出自粛期間 ~ ・陽性が判明した経緯(症状あり・その他) その時の検査方法は (医療機関での診断 ・ 自主検査)	いいえ
① の回答欄で “はい” と答えた方にお聞きします。 陽性者の症状の有無と医療機関で判明した場合の医療機関名 または自主検査の場合は、検査キット入手方法をご記入ください。	・本人(症状：あり・なし) 医療機関名 () 自主検査のみ (薬局等で購入・その他) ・家族等(症状：あり・なし) 医療機関名 () 自主検査のみ (薬局等で購入・その他)	
② 1週間以内にご自身の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・症状詳細()	いいえ
③ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス陽性者、または新型コロナウイルス陽性者と同居されている方との接触がありましたか。	はい (本人 ・ 家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで () ・だれ ()	いいえ
④ 1週間以内に同居家族や行動を共にした方の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい (家族等 ・ 知人) ・接触日 202 年()月()日 ・症状詳細()	いいえ
⑤ 同居家族または職場(同部署)に、現在外出自粛されている人がいますか。	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細()	いいえ
⑥ 自分自身や同居家族、または職場などに過去2週間以内に海外から帰国した人がいますか。	はい ・国名() ・帰国日 202 年()月()日	いいえ
⑦ 1週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・交通手段() ・目的、詳細()	いいえ
⑧ 1週間以内にお住いの都道府県内・外によらず、いわゆる “3密” (換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話) や参加している方の中にマスク無の方がいる集まりに参加した機会はありましたか？ <small>例：複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、公共交通機関(電車・バス・飛行機・船舶)利用、同居家族以外の方との自家用車の同乗など</small>	はい ・いつ 202 年()月()日 ・目的() ・公共交通機関詳細() ・自家用車(同乗者詳細:) ・会場名や所在地()	いいえ

*業者の方へ；本日、以下の症状がありますか？(はい、もしくは、いいえ)に○印をつけてください。

① 発熱(37.5℃以上)	はい 体温()℃	いいえ	⑦ 強いだるさ(倦怠感)	はい いつから()	いいえ
② のどの痛み	はい いつから()	いいえ	⑧ 臭いが分かりにくい	はい いつから()	いいえ
③ 鼻水	はい いつから()	いいえ	⑨ 味が分かりにくい	はい いつから()	いいえ
④ 咳(せき)	はい いつから()	いいえ	⑩ 吐き気・嘔吐	はい いつから()	いいえ
⑤ 痰(たん)	はい いつから()	いいえ	⑪ 下痢	はい いつから()	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい いつから()	いいえ	⑫ しもやけ	はい いつから()	いいえ

新型コロナワクチン接種状況	202 年()月()日 () 回目終了			
問診票確認年月日	作業日時・時間	確認者(サイン)	診療科・主治医(サイン)	
年 月 日() :			科・	
立ち入り部署 場所詳細				

検温表 (獨協医科大学病院)

入院時

確認(病院用)

この検温表は、患者さんの体調を正しく把握するために使用されますので、可能な限り正確に記入してください

患者氏名: _____

日 時		検温した時間	体温	咳の有無	倦怠感の有無	咽頭痛の有無	味覚・嗅覚障害の有無	その他 体調で気になること
7日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	

原本をスキャナー

検温表(患者本人用)vol 4 作成日2023.5.9