

新型コロナウイルス問診票

※この問診票は新型コロナウイルス感染の診断の参考にしたり、感染後の治療および感染拡大の予防に活用しますので、できるだけ詳しく・正しく、記入するようにしてください。情報は大学病院での診療と大学の新型コロナウイルス感染予防対策にのみ使用させていただきます。個人の情報が外部へ流出することはありません。

記入日	年 月 日		
学部・学年	医学部 看護学部 看護専門学校	年	学籍番号
氏名	生年月日	性別 ※当てはまるものに○	男性 女性
現在の住所	大学病院 受診歴の有無		有 無
連絡先	すぐに連絡がとれる携帯電話等 Tel	大学病院 受診券登録番号	※紛失の場合はその旨記載
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 実家・同居人あり	<u>同居人について</u> 関係性・職業・勤務地・通勤方法・体調等 (よく泊りに来ている友人等がいればそのことも書いてください)	
現在の授業の状況と今後の予定	<u>現在の授業形態</u> <input type="checkbox"/> 対面授業 <input type="checkbox"/> オンライン授業 <input type="checkbox"/> 実習() <input type="checkbox"/> その他() 現在オンライン授業・夏休みなどの場合いつまで実習や対面授業があったかなどここに記載してください。	<u>今後の授業予定</u> 現在オンライン授業だが○日から対面授業・病院実習・学内実習が始まるなど	
		<u>授業以外の登校状況</u> 自主学习のため友人○人と演習室で朝から勉強しているなど	
部活・サークル活動について	部活・サークル名 () 現在の活動状況 ※最終参加等についても確認 () 同じ部活・サークル内で同様の症状の人はいるか？ <input type="checkbox"/> いる () <input type="checkbox"/> いない・分からない その他 活動自体はしてなくても2週間以内に仲間と食事や遊びなど一緒に行動していれば記載してください ()		

内服薬	有 無	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛薬（種類： _____ 最終内服： _____ 頃） <input type="checkbox"/> ステロイドなどの免疫抑制薬				
	いつから (_____)	<input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> その他				
基礎疾患	有 無	有の場合 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
現在の体温 (日時)	月 日 時 分	℃	喫煙 (過去の喫煙も含む)	有 無	妊娠	有 無
今回の症状 (あれば☑)	<input type="checkbox"/> 発熱 (いつから: _____、最高何℃まで上昇したか?: _____) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度(日常生活が困難)) <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 _____) <input type="checkbox"/> その他 気になる症状					
濃厚接触	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス(疑い/確定)者に接触した <input type="checkbox"/> 2週間以内に海外から帰国した <input type="checkbox"/> 2週間以内に3密※の状態にあったことがある ※家族以外での複数人での飲食・集会参加・集合しての運動・カラオケ・ライブ参加・パチンコ・マスクなしでの満員電車、バスに乗車など					
備考 (何か伝えたいことがあれば記載)						