

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

(入院 ・ 検査 ・ 処置当日)

看護師 記載	SpO2	%
-----------	------	---

居住地	都・県	区・市・郡	町
診察前体温	度	分、	血圧 / mmHg

*患者さんへ:太枠内をご記入ください。

質問事項	回答欄	
① 2週間以内に、コロナウイルス陽性者と接触しましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・どこで() ・だれ ()	いいえ
② 2週間以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか	はい	いいえ
③ 同居家族または職場(同部署)に、発熱・咳などの症状が出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
④ 同居家族または職場(同部署)に、自宅隔離を要請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
⑤ 自分自身や同居家族、または職場に過去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 2020年()月()日	いいえ
⑥ 2週間以内に、お住いの都道府県以外の 県に行きましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・滞在地() ・交通手段() ・目的()	いいえ
⑦ 2週間以内に、50名以上が集まるイベントに参加しましたか	はい ・いつ 2020年()月()日 ・交通手段() ・目的()	いいえ
⑧ 2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、多くの人々の密集する場所、近距離での密接な会話)の 機会がありましたか? 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、マスクなしでの満員電車、満員のバスへの乗車など	はい ・いつ 2020年()月()日 ・目的()	いいえ

*患者さんへ;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	⑥ 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	⑦ 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	⑧ 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	⑨ 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	⑩ 下痢	はい いつから()	いいえ
⑥ 患苦しさ	はい いつから()	いいえ	⑪ しもやけ	はい いつから()	いいえ

問診年月日	問診確認者(サイン)	主治医(サイン)
年 月 日() :		