

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

感染対策強化のため問診票を作成いたしました。当院へ立ち入り

いただく際には、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願いいたします。

確認(病院用)

令和 年 月 日

氏名

お住いの都道府県名

都道府県

会社名

会社所在地

都道府県

(質問1:業者記載)

以下の事項について問診いただき、「はい」の場合には、事前に依頼元診療科にお電話ください。

	質 問	お答え	
①	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、海外にいきましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に「海外やお住いの都道府県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	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	いいえ
⑤	2週間以内に、当院への入館以外に、お住いの都道府県以外の県に行きましたか？ 滞在日() 滞在期間() 目的() 交通手段()	はい	いいえ
⑥	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、集合での屋内運動、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	いいえ

獨協医大 対応診療科	相談・確認 内容
---------------	-------------

(質問2:立ち入り業者当日に本人が記載)

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	いいえ	⑥	息苦しさ	はい	いいえ
	体温 ()℃			⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
②	のどの痛み	はい	いいえ	⑧	臭いがわかりにくい	はい	いいえ
③	鼻水	はい	いいえ	⑨	味がわかりにくい	はい	いいえ
④	咳(せき)	はい	いいえ	⑩	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
⑤	痰(たん)	はい	いいえ	⑪	下痢	はい	いいえ