

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

(紹介医療機関用)

氏名		居住地	都・県	区・市・郡	町
----	--	-----	-----	-------	---

(紹介医療機関記載)

以下の質問事項について問診いただき「はい」の場合には、事前に紹介先診療科にお電話ください

質問事項	回答欄	
①ご自身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 ・いつ 2020年()月()日 ・入院期間 ~	いいえ
② 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
③2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
④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
⑤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
⑥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
⑦2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
⑧2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
⑨ 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

①～⑨は受診当日に患者さんが記入

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

問診年月日	問診確認者(サイン)	主治医(サイン)
年 月 日() :		