

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、多くの人との密集する場所、近距離での密接な会話)の 機会がありましたか? <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、マスクなしでの満員電車、満員のバスへの乗車など</small>	はい ・いつ 2020年()月()日 ・目的()	いいえ

①～⑨は立ち入り当日に本人が記入

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

確認年月日	確認者(サイン)	主治医(サイン)
年 月 日() :		

獨協医科大学病院(立ち入り業者用)ver.3 作成日 2020.9.9

原本をスキャナ → 原本を感染制御センターへ