

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 今までにご自身または同居のご家族等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 (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・陽性療養期間 ~
② 2週間以内にご自身の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・症状詳細()
③ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス陽性者または新型コロナウイルス濃厚接触者との接触がありましたか。	はい (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで() ・だれ ()
④ ご自身または同居のご家族等が保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか。	はい (本人・家族等) ・いつ 202 年()月()日
⑤ 2週間以内に同居家族や行動を共にした方の体調で、発熱、咽頭痛、咳、鼻汁、頭痛、下痢などの症状がありましたか。	はい (家族等・知人) ・接触日 202 年()月()日 ・症状詳細()
⑥ 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()
⑦ 自分自身や同居家族、または職場などに過去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 202 年()月()日
⑧ 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 202 年()月()日 ・滞在地() ・交通手段() ・目的()
⑨ 2週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい ・いつ 202 年()月()日 ・交通手段() ・目的、詳細()
⑩ 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、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、公共交通機関(電車・バス・飛行機・船舶)利用、同居家族以外の方との自家用車の同乗など	はい ・いつ 202 年()月()日 ・目的() ・公共交通機関詳細() ・自家用車(同乗者詳細:) ・会場名や所在地()

*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	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

新型コロナウイルスワクチンを接種または予定していますか	接種日または接種予定日 1回目202 年()月()日 2回目202 年()月()日 3回目202 年()月()日	
問診年月日	問診確認者(サイン)	診療科・主治医(サイン)
年 月 日() :		科