

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

確認(病院用)

感染対策強化のため問診票を作成いたしました。当センターに来院される場合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。

令和 年 月 日 氏名

お住まいの都道府県名

(質問1:本人記載)

以下の事項について問診してください。

実習部署

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「海外やお住まいの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、お住まいの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
		(地名)	
⑥	2週間以内に県内・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、集会参加、集合しての運動、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	いいえ

獨協医大 対応部署	相談・確認 内容
--------------	-------------

(質問2:来院当日に本人が記載)

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