

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

| | | | | |
|---------------|---|-----|-------|-----|
| 学校名等： | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 氏名： |
| 居住地 | | 都・県 | 区・市・郡 | 町 |
| *太枠内をご記入ください。 | | 体温 | 度 | 分 |

| | | |
|--|---|-----|
| 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 ・入院期間 ~ | いいえ |
| ② 2週間以内のご自身の体調で、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 (発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢) ・いつ 202 年()月()日 | いいえ |
| ③ ご自身または同居のご家族や行動を共にした知人が、2週間以内に新型コロナウイルス陽性者との接触がありましたか。 | はい (本人・家族・知人) ・いつ 202 年()月()日 ・どこで() ・だれ () | いいえ |
| ④ 2週間以内に、ご自身または同居のご家族や行動を共にした知人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ていましたか。 | はい (本人・家族・知人) ・いつ 202 年()月()日 | いいえ |
| ⑤ 同居のご家族や行動を共にした知人の2週間以内の体調で、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・知人) ・接触日 202 年()月()日 ・(発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢) | いいえ |
| ⑥ 同居家族や行動を共にした知人、または職場や学校に自宅隔離を要請されている人がいますか。 | はい (家族・職場・知人・他) ・詳細 () | いいえ |
| ⑦ ご自身や同居家族、または職場や学校で過去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 | いいえ |
| ⑧ 2週間以内に、お住いの都道府県以外の場所に行きましたか。 | はい ・いつ 202 年()月()日 ・滞在地 (都県 市町村) ・交通手段 () ・目的 () | いいえ |
| 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 () | いいえ |
| 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? 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 () | いいえ |

*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 | 4回目 202 年()月()日 |
| 問診票確認年月日 | | 立ち入り部署 | 場所詳細 | 実習責任者(サイン) | |
| 年 月 日() : | | | | | |
| | | | | 庶務課(サイン) | |