

新型コロナウイルス感染症に関する問診票(立ち入り者用)

施設名		氏名 (立ち入り者)	
連絡先		期間	年 月 日 ~ 年 月 日

《院内立ち入り者記載》以下の質問事項について記入いただき「はい」の場合には、事前に立ち入り部署にお電話ください

質問事項	回答欄	
① 1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()	いいえ
② 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陽性者と同居されている方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 ()	いいえ
③ 1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()	いいえ
④ 同居家族または職場(同部署)に、現在外出自粛されている方がいますか。	はい ・関係(家族・職場・知人・他) ・詳細()	いいえ

*院内立ち入りの方へ；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

問診票確認年月日	立ち入り日時	部署責任者(サイン)
年 月 日() :		
立ち入り部署 場所詳細		

獨協医科大学病院(院内立ち入り者用)ver.10 作成日 2024.9.1
原本は立ち入り期間終了後1か月各部署で保管し、その後シュレッダーする