

問 診 票

～ご記入後、受付またはスタッフに提出してください～

1 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)

発熱(37.5℃以上) _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____℃

熱がでるので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい

_____ 日前から においがわからない・わかりにくい

_____ 日前から 味がわからない・わかりにくい

2 新型コロナウイルスに感染した・あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触がありましたか？

なし あり

同居、車内や航空機等で、2メートル以内での長い時間の会話

個人防護具なしで看護・介護をしていた

感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した

3 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域(北海道・愛知・大阪・神奈川など)や外国(中国・韓国・イタリア・ヨーロッパなど)に行きましたか？

なし あり

国内: 県、市名(_____) 外国: (_____)

4 最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？

なし あり

5 治療中の病気はありますか？

なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓

免疫抑制治療 がん 抗がん剤

その他 具体的に (_____)

6 女性の方へお伺いします 妊娠中 あるいは妊娠の可能性はありますか？

なし あり

ご協力いただきありがとうございました しばらくお待ちください