

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

以下の項目をチェックしてください

| | |
|--|--|
| 1. 発熱（37.5℃以上）がある | いいえ ・ はい |
| 2. せき（呼吸器症状）がある | いいえ ・ はい |
| 3. 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある | いいえ ・ はい |
| 4. 2週間以内に渡航歴がある | いいえ ・ はい |
| 5. 2週間以内に、バー・ナイトクラブ・カラオケ・ライブハウス・ジムなど、室内運動施設を利用した | いいえ ・ はい |
| 6. 2週間以内に、10人以上集まるイベントまたは密閉空間で人が密集・密接した会合に参加した | いいえ ・ はい |
| 7. 同居者に発熱、あるいはせき（呼吸器症状）のある人がいる | いいえ ・ はい |
| 8. 味覚異常・嗅覚異常がある | いいえ ・ はい |
| 9. 新型コロナウイルスワクチンを接種している（メーカー： _____） | いいえ ・ はい 1回目： _____ 月 _____ 日 2回目： _____ 月 _____ 日 |

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 曜日）

氏名 _____ （満 _____ 歳）

男 ・ 女 （妊娠 なし・あり）

基礎疾患 _____ なし ・ あり （ _____ ）