

発熱者問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 性別 生年月日 年齢
名前 男・女 年 月 日 才

過去2週間以内でお答えください。

- ① 新型コロナウイルス感染症と診断された方・疑いのある方と濃厚接触はありますか？
(濃厚接触とは：同居あるいは長時間接触、お互いマスクをせず30分以上室内で過ごした、鼻水・痰などに触れた可能性が高いなど)
なし・あり (いつどこで))
- ② インフルエンザと診断された方・疑いのある方と濃厚接触はありますか？
なし・あり (いつどこで))
- ③ 自覚症状
発熱はありますか？
あり・なし (°C いつから))
他の症状はありますか？ (○をつけてください)
咳・痰・息苦しさ・だるさ・筋肉痛・喉の痛み・頭痛・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐
食欲低下・味覚異常(味がしない)・嗅覚異常 (においがしない)
その他 ())
(いつから))
- ④ 同居者に同じ症状の人がいる。
なし・あり (いつから))
- ⑤ 外出しましたか？
イベント・ジム・飲食店・クラブ・出張・旅行・海外など
なし・あり (いつ： 場所：))
- ⑥ 治療中の疾患・状態について教えてください。(○をつけてください)
高血圧・心疾患・肺疾患・腎疾患・糖尿病・癌・妊娠中・授乳中
その他 ())
- ⑦ 内服はありますか？
なし・あり ())
- ⑧ アレルギーはありますか？
なし・あり ())
- ⑨ その他 ())