

COVID-19 感染防止対策 発熱者・PCR 検査・抗原検査用問診票

記入日 年 月 日

フリガナ
 お名前 _____ □男・□女 生年月日(西暦) _____ / _____ / _____ 生 才
 ご住所(現在お住いの住所ですか? □はい □いいえ) _____
 〒 _____ (現在居住しているご住所)
 電話番号(携帯番号) _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____

最終ワクチン回数 _____ 回 最終の種類 _____ 年月日 _____ / _____ / _____

T _____	℃	P _____
Sat _____		R _____
Bp _____		

～設問に✓と期間などを記載してください～

下記の症状が 2 週間以内にありましたか

- ☆発熱 □なし ・ □あり (最高 _____ °C : 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆咳 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆痰 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆鼻汁 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆息苦しさ □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆咽頭痛 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆頭痛 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆倦怠感 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆筋肉痛・節々の痛み □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆味覚・嗅覚の異常 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆食欲不振 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆吐き気 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆腹痛 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆下痢 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆湿疹 □なし ・ □あり (_____ 月 _____ 日から) 約 _____ 日間
- ☆上記以外 (_____)

喫煙歴 □なし ・ □あり (_____ 年間)

集団感染リスクとして 2 週間以内に以下のことがありましたか

- ☆海外旅行 □なし ・ □あり (地域 _____) (期間 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日)
- ☆濃厚接触 □なし ・ □あり □会食 □カラオケ □ライブハウス □接待を伴う飲食店
□スポーツジム □一定時間屋内での複数の人と接触
- ☆家族や職場で新型コロナウイルス感染者 □なし ・ □あり (関係 _____)
- ☆同居のご家族 □なし ・ □あり
- ☆職業 (_____) 医療従事者は具体的に (_____)

既往歴 新型コロナウイルス感染症 □なし ・ □あり (_____ 年 _____ 月 _____ 日 PCR にて確定)

現在治療中の病気や過去に治療していた病気

- ★疾患名 □なし □下記以外 (_____)
- 悪性腫瘍 (_____) □酸素療法中 □喘息 □慢性腎臓病 □透析
- 高血圧 □心臓病 □糖尿病 □脂質異常症 □膠原病 □アレルギー (_____)

現在服用している薬

- ★常用薬、内服中の薬 □なし ・ □あり (_____)
- ★免疫抑制剤 □なし ・ □あり (_____)
- ★ステロイド □なし ・ □あり (_____)

(女性の方) 妊 娠 □いいえ ・ □はい (_____ 週目)

授 乳 中 □いいえ ・ □はい _____ 以上