

ID： _____ 氏名： _____ (生年月日 _____)

受診科 内科 外科 整形外科 眼科 脳神経外科 皮膚科
 泌尿器科 耳鼻咽喉科 産婦人科 小児科 透析 検査のみ

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

① 本日の熱 (_____) °C)

(あり ・ なし) のどちらかに ○を付けてください

② 新しく症状が出現し 14 日以内に、下記の様なかぜ症状はありますか？ (症状に○をつけてください)

発熱、咳、咽頭痛、味覚・嗅覚障害、鼻水、下痢、強い倦怠感など
 (あり ・ なし)

③ 14 日以内に、新型コロナと確定した方との接触はありますか？
 (あり ・ なし)

④ 14 日以内に、本人または同居や周囲の方にリスクのある行動はありましたか？

リスクのある行動) 都道府県をまたぐ移動、流行地域への移動、不特定多数との接触、海外渡航などがあれば、「あり」に○を付けてください。

(あり ・ なし)

連絡先 (すぐに連絡がとれる携帯番号など)： _____

対応看護師：

以下スタッフが記入

都道府県をまたぐ移動 (都道府県名： _____)
不特定多数との接触 (具体的な場所名： _____)
海外 (外国名： _____)
自粛、密回避ができていないか等不安なできごと (_____)
待機場所： 待合 自家用車 その他 (_____)