感染症対策用問診票

付添者用

患者さんの氏名：	記入日：令和　　年　　月　　日
付き添われる方の氏名：	患者さんとのご関係：
連絡先：　　－　　－	

1. 本日の体温は何度ですか？	（　　）℃
2. 1週間以内に発熱がありましたか？	□いいえ □はい(　　月　　日～　　月　　日　最高　　℃)
3. 1週間以内に何か症状がありましたか？	□いいえ □はい→□せき　□痰　□息苦しさ　□のどの痛み □頭痛　□関節痛　□だるい　□吐き気 □腹痛　□下痢 □その他(　　)
4. 同居の方で、1週間以内に何か症状がありましたか？	□いいえ □はい→どなたですか（　　） □熱　□せき　□痰　□息苦しさ　□のどの痛み □頭痛　□関節痛　□だるい　□吐き気 □腹痛　□下痢 □その他(　　)
5. 1週間以内に新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染症の人（疑いの方も含む）に接触しましたか？	□いいえ □はい(　　月　　日接触：　　月　　日解除)
6. 周囲で流行っている感染症はありますか？	□いいえ □はい（どこで：　　何の感染症：　　）
7. 1週間以内に同居者以外との会食や不特定多数の人が集まる場所に行く機会がありましたか？	□いいえ □はい→□会食・飲み会　□カラオケ □ｽﾎﾟｰﾂ観戦　□音楽ｲﾍﾞﾝﾄ　□冠婚葬祭 □その他（　　） 感染対策の実施について □なし □あり→□マスク着用　□手指消毒　□換気 □その他(　　)
8. 1ヶ月以内に海外への渡航歴がありましたか？	□いいえ □はい(　　月　　日　～　　月　　日)
9. これまでに新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか？	□いいえ □はい(　　月　　日陽性：　　月　　日解除)
10. 新型コロナワクチンは接種されましたか？	□いいえ □はい→ワクチン接種回数(　　)回 直近の新型コロナワクチン接種年月日 (　　年　　月　　日)