

感染症対策用問診票

記入日：令和 年 月 日

氏名：	年齢： 歳	TEL：
-----	------------	------

1. 本日の体温は何度ですか？	() °C
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 °C)
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. 周囲で流行している感染症はありますか？	☐ いいえ ☐ はい (どこで： 疾患名：)
6. 1週間以内に流行中の感染症（質問5）の人（疑いの方も含む）に接触しましたか？	☐ いいえ ☐ はい (月 日 に接触)
7. 最近1か月以内に 海外へ渡航されましたか？	☐ いいえ ☐ はい (月 日～ 月 日) (国名：)
8. 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 (年 月 日 に診断)
9. 新型コロナワクチンは接種されましたか？	☐ いいえ ☐ はい → 最終の新型コロナワクチン接種年月日 (年 月 日)