

感染症対策用問診票

付添者用

記入日：令和 年 月 日

患者さんの氏名：	患者さんとのご関係：
付き添われる方の氏名：	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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どなたですか () <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 周囲で流行している感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (年 月 日 に診断)