

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

入院にあたり、以下の事項についてお伺いします。患者さんおよび付き添いの方お一人につき1枚ご記入ください。

※記載内容に虚偽があった場合、感染対策のために診療を制限する等、本院の診療体制に影響を及ぼし、
患者さんの入院の延期や、診療ができなくなる場合がありますので、正しく記載してください。

記入日：____年 ____月 ____日

診療科名：_____

本日の体温：_____℃

患者番号：_____ 患者氏名：_____

付添者等氏名：_____

I 2週間以内に、以下のような症状がありましたか？

	項 目	有	無	有の場合、いつごろから
1	のどの痛み	有	無	
2	発熱(37.5℃以上か、平熱より1℃以上高い)	有	無	
3	咳や痰	有	無	
4	体のだるさ	有	無	
5	息苦しさ	有	無	
6	下痢	有	無	

II 過去1か月以内に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？
(はい の場合、感染が判明した日付を記入して下さい：202 ____年 ____月 ____日) はい いいえ

III 過去10日以内に、新型コロナウイルスに感染した人の濃厚接触者として保健所から健康観察を指示されましたか？ はい いいえ

IV 家族などの同居者の中に、過去10日以内に職場や学校、保健所などから新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者と指定された人はいいますか？ はい いいえ

V 家族などの同居者の中に、過去10日以内にコロナウイルスの検査を受けた人がいますか？ はい いいえ