新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和＿＿年＿＿月＿＿日

ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　男・女　　年齢＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体温　　℃

ワクチン	1. 新型コロナワクチンの接種歴　　あり　　なし １回目（接種日　　）　２回目（接種日　　） ３回目（接種日　　）　４回目（接種日　　）
コロナ感染	2. 新型コロナウイルス感染状況（現在・過去） 本人　　なし　あり　（診断日　年　月　日）（隔離解除日　年　月　日） 同居家族　なし　あり　（診断日　年　月　日）（隔離解除日　年　月　日） （続柄　　）
症状	3.　下記に当てはまる症状がありますか？　　はい（項目にチエック）　いいえ 発熱　□ 発熱(37.5℃以上) 呼吸器症状　□ 咳　□ 痰　□ 鼻水　□ 咽頭痛　□ のどの違和感　□ 息苦しさ いつから(　　)
滞在歴	4.　７日以内に県外または県内（感染流行地域）に滞在歴がある　　はい　いいえ 滞在期間（　／　～　／　）　滞在地　都道府県（　　） 交通手段（　　）
接触歴	5.　７日以内に※感染流行地域に滞在した方との接触歴がある　　はい　いいえ 相手の滞在地　都道府県（　　）　接触相手との関係　（　　） 接触した期間（　／　～　／　）　接触時間(　　) 接触した場所（　　） 接触時のマスク装着状況　本人　（ していた　していない ） 接触相手　（ していた　していない ） 接触相手は、発熱等（※問 3.の症状 ）がある　　はい　いいえ 症状(　　)

※感染流行地域　電カルトップページ・ホームページに掲載（平日に更新）

2022.9.16 一部改訂