

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 _____ °C

ワクチン	<p>1. 新型コロナワクチンの接種歴 <u>あり</u> <u>なし</u></p> <p>() 回接種 (最終接種日 年 月 日)</p>
コロナ感染	<p>2. 新型コロナウイルス感染状況 (現在・過去)</p> <p>本人 <u>なし</u> <u>あり</u> (診断日 年 月 日) (医療機関名)</p> <p>同居家族 <u>なし</u> <u>あり</u> (診断日 年 月 日) (続柄) (医療機関名)</p>
症状	<p>3. 下記に当てはまる症状がありますか？</p> <p style="text-align: right;"><u>はい (項目にチェック)</u> <u>いいえ</u></p> <p>発熱 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上)</p> <p>呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> のどの違和感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ</p> <p>いつから()</p>
同居家族の症状	<p>4. 同居している家族が下記に当てはまる症状がありますか？</p> <p style="text-align: right;"><u>はい (項目にチェック)</u> <u>いいえ</u></p> <p>発熱 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上)</p> <p>呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> のどの違和感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ</p> <p>いつから()</p>