

新型コロナウイルス感染症に対する問診票

記載日 年 月 日

氏名： _____ 様

		本人	家族(関係：)
①	ワクチン接種を受けていますか	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 月 日
②	2週間以内に、3密（密閉・密集・密接）と思われる場面で過ごしましたか (大人数での会食・スポーツジム・ライブハウス・カラオケなど)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
③	2週間以内に渡航歴、県外への移動、滞在、帰省はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日
④	県外から移動された方との濃厚接触はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日
⑤	新型コロナウイルス陽性になった人と接触した、新型コロナウイルス陽性に関わる検査を行った	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日 関係：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日 関係：
⑥	身近な人で体調不良の方がいる (例：家族、職場の方など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 関係：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 関係：
⑦	2週間以内に以下の症状はありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるい感じ) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚(におい)障害		
⑧	今もその症状は続いていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

- ・当施設では、新型コロナウイルスに感染されている方、新型コロナウイルスの感染の恐れのある方の受診、入院、来棟をお断りしております。
- ・付き添い人数は、2名まででお願い致します。
- ・受診日当日に、上記問診で「あり」に該当がある場合、受診日を変更させていただく場合がございます。

ご協力ありがとうございました。
 聖麗メモリアル病院 地域医療連携室
 TEL：0294-52-8530(直通)
 FAX：0294-52-8538(直通)