

# コロナウイルスに関する問診票

患者様名 ( ) 生年月日 ( 年 月 日)

熱 ( °C)

発症時期 ( 月 日) 持続期間 (本日、何日目の熱： 日目)

咳 (いつから 月 日) 痰 (いつから 月 日)

鼻水 (いつから 月 日) 咽頭痛 (いつから 月 日)

突然生じた味覚障害、嗅覚障害 (いつから 月 日)

関節痛、筋肉痛 (いつから 月 日)

強い倦怠感 (いつから 月 日) 下痢 (いつから 月 日)

嘔気、嘔吐 (いつから 月 日) 頭痛 (いつから 月 日)

結膜炎症状 (いつから 月 日) めまい (いつから 月 日)

息切れ (いつから 月 日)

## ●直近2週間以内に、以下に当てはまる項目はありますか？

新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者との接触 (いつ 月 日)

海外旅行 (いつ 月 日・国名： )

国内旅行 (いつ 月 日・どこ： )

## ●以下の密閉、密集・密接空間が当てはまる事をしましたか？

公共交通機関 食事会 飲み会 冠婚葬祭 カラオケ バー ナイトクラブ

ライブ コンサート スポーツジム 公衆浴場 体育館 合唱 その他

他の病院への受診、入院 (いつ 月 日)

老人施設等の入居、訪問 (いつ 月 日)