

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）