

発熱・かぜ症状 問診票

ふりがな

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男性・女性

1. 症状 にチェック (✓)

- ・3 日以上にわたる発熱 (あり、なし)
- ・咳あるいは痰 (あり、なし)
- ・呼吸困難 (あり、なし)
- ・嘔吐・下痢 (あり、なし)
- ・味覚、嗅覚の異常 (あり、なし)
- ・症状が次第に悪化 (あり、なし)

その他の症状があれば記載下さい：いつからどんな？

2. 過去 2 週間以内の海外渡航、県外への出張など (あり、なし)

ありの場合 (具体的に)：

3. 過去 2 週間以内の海外渡航歴のある人、県外への出張との接触 (あり、なし、不明)

ありの場合：いつ頃？ 接触の状況：

4. 過去 2 週間以内の新型コロナウイルス感染 (疑い) 患者との接触 (あり、なし、不明) ありの場合：いつ頃？

接触した場所や状況：

5. 治療中の疾患あるいは状態 当てはまるものに○

糖尿病、心不全、肺疾患 (肺気腫、肺癌等)、免疫抑制剤・抗がん剤使用、妊娠中またはその可能性

その他あれば記載下さい：

6. 過去 2 週間以内の外出等について 不特定多数が集まる換気の悪い場所にでかけた (あり、なし)

場所：ナイトクラブ、スポーツジム、イベント、サークル活動、出張、旅行等

ありの場合：いつ？