

新型コロナウイルス感染症に関する問診

記入日 年 月 日

氏名 () 生年月日 (年 月 日)

① 2週間以内に県外に行かれましたか？

はい (いつですか?) どこですか?)
いいえ

② 2週間以内に県外から来られた方との接触がありますか？

はい (いつですか?) どこですか?)
いいえ

③ 新型コロナウイルス感染症の方との接触がありますか？

はい (いつですか?) どなたですか?)
いいえ

④ 本日の体温は何度ですか？

(°C)

⑤ 2週間以内に発熱がありましたか？

はい (いつですか?) 最高体温 °C)
いいえ

⑥ せき・たん・息苦しいなどの呼吸器症状がありますか？

はい (せき ・ たん ・ 息苦しい)
いいえ

⑦ その他の症状がある方は○で囲んでください

頭痛 関節痛 だるさ 味やにおいの変化 のどの痛み
腹痛 下痢 吐き気 発疹 その他 ()

⑧ 基礎疾患等について該当があれば○で囲んでください

高血圧 糖尿病 心疾患 喘息 肺の病気 腎臓病
免疫抑制剤の内服 抗がん剤の内服 その他 ()

ご協力ありがとうございました

佐々木外科病院