

問 診 票

記入日時 2020年 月 日 時 分

お名前 (患者さん・付き添いの方) 続柄

年齢 歳 か月 受診当日 朝の体温 ℃

1. 下記の症状がありますか？（下記の症状にチェックをつけてください）

- 息苦しさ・息切れ 咳（ 痰あり・ 痰なし）
 鼻水・鼻閉 喉の痛み

2. その他の症状がありますか？（下記の症状にチェックをつけてください）

- 全身倦怠感 筋肉痛・関節痛 嘔気・嘔吐
 下痢 腹部違和感・腹痛 味覚異常・嗅覚異常
 頭痛 胸痛
 その他（ ）

3. 上記症状はいつからでしょうか？

症状（ ）（ ）日前～ 症状（ ）（ ）日前～

4. 患者さんや付き添いの方で2週間以内に下記に当てはまることがありますか？

- 1) 家族内（同居人）に発熱、風邪症状の方がいますか？ （ いる ・ いない ）
【いる】場合教えてください
誰が（ ） いつから（ ）
- 2) 新型コロナウイルス感染者との接触はありますか？ （ あり・ なし ）
【あり】の場合教えてください
誰が（ ） いつ（ ）
どこで接触しましたか？ （ ）
- 3) 県外への出張・旅行はありますか？ （ あり・ なし ）
【あり】の場合→場所を教えてください
誰が（ ） いつ（ ）
場所はどこですか（ ）
公共交通機関の利用はありますか？ （バス・列車・タクシー・船・飛行機）
- 4) その他、県外での施設利用はありますか？ （ あり・ なし ）
【あり】の場合教えてください
ライブやコンサートなどの会合・集会 （ ）
デパート・コンビニ・その他店舗 （ ）
レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など（ ）