

ID:

新型コロナウイルス感染症対策のための

## 問診票・検温表

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ お住いの市町村 \_\_\_\_\_

1 1週間の体温の記録と該当する症状の有無に○をつけてください。

症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	来院日
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
頭痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咽頭痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
鼻水	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咳・痰	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
嘔気・嘔吐	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
下痢	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
腹痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
だるさ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
息切れ・呼吸苦	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
味覚・嗅覚障害	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

2 新型コロナウイルスに感染した方あるいは発熱などの体調不良の方と接触がありましたか。

 なし  あり

3 2週間以内に行った場所に☑してください

 接待を伴う飲食店  居酒屋  カラオケ  ライブハウス デイサービス・ショートステイ  同居者以外との会食  人が多く集まるイベント  
(劇場、お祭り、パーティーなど)

4 同居家族を教えてください。

続柄	職業・学校等	健康状態
例 夫	会社員	<input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い(症状 熱)
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )
		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状 )

5 新型コロナウイルスに感染したことがありますか。

 なし  あり (いつ 年 月 日 )

(隔離解除日 年 月 日)

6 新型コロナウイルスのワクチンを受けましたか。

 1回目を受けた(接種日 年 月 日) 2回目も受けた(接種日 年 月 日) その他 ( ) 受けていない