患者名 _____

新型コロナウイルス感染症対策のための

問診票･検温表

付き添い者用

来院時体温　　℃

氏名 _____ 年齢 _____ 男 ・ 女

1　1週間の体温の記録と該当する症状の有無に〇をつけてください。

症状	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	来院日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
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　1週間以内にご本人または同居家族に新型コロナウイルスと診断されましたか。

☐ はい（本人 ・ 同居者 いつ　　月　　日）

☐ いいえ

3　1週間以内に新型コロナウイルス陽性者との接触はないですか。

☐ 接触あり（ いつ　　月　　日）

☐ 接触なし