

新型コロナウイルス感染症対策 問診票

問診日：2023 年 月

日氏 名：

住 所：

T E L：

当日もしくは前日に、以下の問診をよく読んで、当てはまる方に ○ をご記入ください。

- | | |
|---|---------|
| 1. 現在、もしくは過去 14 日間以内に 37.5° C 以上の発熱がみられた | はい・ いいえ |
| 2. 現在、もしくは過去 14 日間以内に、咳・呼吸困難・喉の痛み等、呼吸器症状がみられた | はい・ いいえ |
| 3. 現在、もしくは過去 14 日間以内に全身倦怠感・関節痛・頭痛・鼻汁や鼻閉等 風邪症状がみられた | はい・ いいえ |
| 4. 現在、もしくは過去 14 日間以内に、明らかな原因のない下痢、嘔気・嘔吐等 消化器症状がみられた | はい・ いいえ |
| 5. 現在、もしくは過去 14 日間以内に味覚（あじ）・嗅覚（におい）の異常がみられた | はい・ いいえ |
| 6. 過去 2 週間以内に、諸外国への渡航歴または流行地域への移動・滞在歴がある（もしくはそれらの方との接触歴がある） | はい・ いいえ |
| 7. 過去 2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との接触歴がある | はい・ いいえ |

本日の体温： _____ ° C（ご自身で測定しご記入ください）

～ 皆様へ ～

新型コロナウイルス感染症対策にご協力いただき誠にありがとうございます。 上記問診票にある症状が続いている場合は、速やかに医療機関にご相談ください。体調が回復してからのご参加をお願い致します。

予定通りご参加される方は、当日問診票をご持参下さい。

作成日：令和 5 年 4 月 5 日