記入日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　ID:

新型コロナウイルス感染症　関連問診票

|  |  |
| --- | --- |
| 患 者 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　　　　 |

**（１）２週間以内に下記症状がありましたか？**

|  |  |
| --- | --- |
| ３７．５℃以上の発熱　　　 | あり・なし |
| 解熱剤の使用　　　　　　　 | あり・なし |
| だるさ　　　　　　　　　　 | あり・なし |
| 鼻水（花粉症以外）　　　　 | あり・なし |
| のどの痛み　　　　　　　　 | あり・なし |

|  |  |
| --- | --- |
| せき　　　　　　　　　 | あり・なし |
| たん　　　　　　　　　 | 　あり・なし |
| 息苦しさ　　　　　　　 | あり・なし |
| 味やにおいの異常　　　 | あり・なし |
| 下痢　　　　　　　　　 | あり・なし |

**（２）２週間以内の接触歴について**

|  |  |
| --- | --- |
| 上記（１）の症状がある方との濃厚接触 | あり・なし |
| 海外や福島県外の方との濃厚接触 | あり・なし |
| ※（ありの場合）　場所： |
| 新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触 | あり・なし　 |

　※濃厚接触…同居、長時間の接触、２ｍ以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など

**（３）２週間以内の行動歴について**

|  |  |
| --- | --- |
| 海外や福島県外への移動・滞在 | あり・なし |
| ※（ありの場合）　場所：　　　　　　　　　　いつ頃： |
| 人が１０人以上集まる場所への滞在 | あり・なし　　 |
| ※（ありの場合）　場所：　　　　　　　　　　いつ頃： |

　ご協力ありがとうございました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上野寺内科・呼吸器内科クリニック