【新型コロナウイルス感染症に関する問診票】

新型コロナウイルス感染拡大予防のため確認をお願いします。
ご理解、ご協力のほどよろしくお願い致します。

本日から２週間以内に下記の項目に該当する症状がありましたか？
該当する項目がある場合は、□にレ点をつけて(　)内をご記入ください。

□　３７.２℃以上の発熱がある又はあった
　　（　　℃　　いつから　　）

□　呼吸が苦しい
　　（いつから　　）

□　咳や痰がでる
　　（いつから　　）

□　のどの痛みがある
　　（いつから　　）

□　鼻水がでる
　　（いつから　　）

□　味覚障害がある
　　（いつから　　）

□　嗅覚障害がある
　　（いつから　　）

□　体がかったるい
　　（いつから　　）

□　下痢・嘔吐・腹痛などの消化器症状がある
　　（いつから　　）

□　海外渡航歴がある
　　（　　月　　日　～　　月　　日　　国名　　）

□　各症状がある人が身近にいた

□　該当なし

令和３年　　月　　日

診察券番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿