

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

みなさまに、安心・安全な医療と療育を提供するための問診表となります。該当項目によっては、医師の判断にて、本日の診療等をお断りする場合がございます。新型コロナウイルス感染拡大予防に、ご理解、ご協力のほどよろしくお願い致します。

日付 2020年 月 日

ID 氏名

検温 °C

A.当てはまるものをお教え下さい。

ご質問	はい	いいえ
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、新型コロナウイルス感染症の診断やPCR検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ↓ 陰性・検査中	<input type="checkbox"/>
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、新型コロナウイルス感染症の方と接触したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、県外(海外も含む)に滞在していたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地名( )	

B.10日以内に、あなた、または同居の家族が、以下の症状で、当てはまるものをお教え下さい。

ご質問	はい	いいえ
37.5°C以上の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
せき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
においや味がしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>