

ID _____

問診日 (年 月 日)

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年齢 _____ 性別 _____
 記入がご本人以外の場合 氏名・続柄 _____ ()

当院では、新型コロナウイルスに対する院内感染対策として、ご利用の患者さんに下記の質問についてご回答をいただいております。ご協力のほどをよろしくお願い致します。

現在の症状などについてお尋ねします。			
①	「息苦しさ」「強いだるさ(倦怠感)」「発熱」などの症状がありますか。	はい	いいえ
②	上記の症状以外に、風邪の症状がありますか。 ※寒気、悪寒、筋肉痛、頭痛、のどの痛みなど	はい	いいえ
③	“臭いがわかりにくい”、または、“味がわかりにくい”といった症状がありますか。	はい	いいえ
④	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか。	はい	いいえ
過去2週間以内の行動などについてお尋ねします。			
⑤	2週間以内に、上記①の症状(息苦しさ, 強いだるさ, 発熱)がありましたか。	はい	いいえ
⑥	2週間以内に、海外または香川県外に移動(滞在)しましたか。また、そのような場所に移動(滞在)した人と接触しましたか。 ※自身が移動(滞在)または接触した方の地域 ()	はい	いいえ
⑦	不特定多数と接触する <u>仕事</u> *をしていますか。 ※飲食業、接客業、医療関係(救命士、介護士も含む)	はい	いいえ

ご協力、ありがとうございました。

医師サイン ()

看護師サイン ()

確認 :