

問診票

氏名		性別	男・女
住所	〒		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
TEL	(自宅)	(携帯)	

1) 本日の体温が 37.5 度以上ある

はい

いいえ

2) 1 週間の間に体温が 37.5 度以上の熱が出たことがある

はい

いいえ

3) 咳(せき)が出る、のどの痛みがある

はい

いいえ

4) 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある

はい

いいえ

5) 味覚障害、嗅覚障害がある

はい

いいえ

6) 14 日以内に、他県もしくは人が集まる場所に行ったことがある

はい

いいえ

7)14 日以内に海外の渡航歴がある

はい

いいえ

8)14 日以内に新型コロナウイルス感染者との接触の可能性がある

はい

いいえ

9)COVID-19 感染症陽性と診断されたことがある

はい

いいえ