

新型コロナウイルスに関する問診票

患者氏名 _____

生年月日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

【身体症状】

2週間以内（現在も含む）に、患者さん本人もしくは身近な方（同居家族やパートナーなどよく接する人）に以下の症状がありましたか？

患者本人			身近な方			症状
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	37.5°C以上の発熱
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	強いたるさ
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	風邪症状（咳、鼻汁、咽頭痛、下痢など）
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	味、もしくは匂いを感じにくくなった

【行動歴】

2週間以内に、患者さん本人もしくは身近な方（同居家族やパートナーなどよく接する人）に以下の行動がありましたか？

患者本人			身近な方			状況
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者との接触があった 接した日： 月 日
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	海外に行った 行った日： 月 日・国名：
無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>	国内に行った 行った日： 月 日・都道府県名：

身近な方（同居家族やパートナーなどよく接する人）が、濃厚接触者と言われていますか？

はい

いいえ

新型コロナウイルスワクチンを2回接種されていますか？

本人： はい いいえ （接種時期 年 月頃）

身近な方： はい いいえ

問診へのご協力、ありがとうございました。
霞ヶ浦医療センター 地域医療連携室