

COVID-19 問診票

記入日： 年 月 日 時 分

お名前： 生年月日 年 月 日 年齢

代筆者のお名前： 続柄

1 コロナ陽性者・その濃厚接触者、不特定多数の人との接触の可能性はありますか？

接触の可能性	<input type="checkbox"/> あり 接触月日 () 接触場所 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () ご関係 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> その他 () 接触時間 <input type="checkbox"/> 15分以内 <input type="checkbox"/> 15分以上 <input type="checkbox"/> 同居している 自分はマスクを着用していましたか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 相手の方はマスクを着用していましたか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし
不特定多数の人との接触	<input type="checkbox"/> あり 職業上 <input type="checkbox"/> 飲食・接客 <input type="checkbox"/> 営業・自営 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 教職員 その他 () <input type="checkbox"/> なし

2 以下のような行動はありましたか？（過去14日間）

3密空間への出入り	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> スポーツジム <input type="checkbox"/> ライブハウス <input type="checkbox"/> カラオケボックス <input type="checkbox"/> 接待を伴う飲食店・酒類を提供する飲食店 <input type="checkbox"/> 人が集まる場所へ行った () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
居住地域以外への移動	<input type="checkbox"/> あり 移動先 () <input type="checkbox"/> なし
県外からの移動者との接触（家族も含む）	<input type="checkbox"/> あり 状況 () <input type="checkbox"/> なし

3 日常的にマスクは着用されていますか？

日常的なマスクの着用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
------------	---

4 現在の体調について（本日の体温： 度）

（普段以上に）発熱がある	<input type="checkbox"/> あり 症状出現E () <input type="checkbox"/> なし
（普段以上に）息苦しさがある	<input type="checkbox"/> あり 症状出現E () <input type="checkbox"/> なし
（普段以上に）咳や咽頭痛がある	<input type="checkbox"/> あり 症状出現E () <input type="checkbox"/> なし
（普段以上に）においや味を感じにくい	<input type="checkbox"/> あり 症状出現E () <input type="checkbox"/> なし
その他の症状について	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()

5 新型コロナウイルスワクチン接種について

1回目： 済 ・ 未 /	2回目： 済 ・ 未
--------------	------------

以下は職員記入

【問診確認場所】 <input type="checkbox"/> 救急室 <input type="checkbox"/> 救急受付 <input type="checkbox"/> () 外来 <input type="checkbox"/> 連携窓口 <input type="checkbox"/> 新患窓口 <input type="checkbox"/> 入退院受付 <input type="checkbox"/> その他 ()
