

COVID-19 問診票

会津管内

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 コロナに感染したことはありますか？

- ☐ あり 最後に感染した発症日（ 年 月 日）
（症状が出現した日）
- ☐ なし

2 7日以内にコロナ陽性者や濃厚接触者との接触はありましたか？

- ☐ あり
- 接触月日（ 年 月 日）
- 接触場所 ☐ 家 ☐ 職場 ☐ その他（ ）
- ご関係 ☐ 家族 ☐ 同僚 ☐ その他（ ）
- 接触時間 ☐ 15分以内 ☐ 15分以上 ☐ 同居している
- ☐ なし

3 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	☐ あり 症状出現日（ ） ☐ なし
（普段以上に）息苦しさがある	☐ あり 症状出現日（ ） ☐ なし
（普段以上に）咳や咽頭痛がある	☐ あり 症状出現日（ ） ☐ なし
（普段以上に）におい・味を感じにくい	☐ あり 症状出現日（ ） ☐ なし
（普段以上に）倦怠感がある	☐ あり 症状出現日（ ） ☐ なし
その他の症状について	上記以外の症状ある場合記載してください 例）〇〇日から鼻汁が出る。〇〇日より下痢症状あり 等

4 新型コロナウイルスワクチン接種について

接種回数（ 回）

最後に接種した日（ 年 月 日）

5 備考