

# 新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

- ① 症状がでる前の1週間以内に新型コロナが陽性の方との接触はありますか  
また、症状がでる前の1週間以内に海外渡航歴はありますか  
なし ・ あり ( )
- ② 今回の症状に対して新型コロナの検査を当院以外で行いましたか (自宅を含む)  
行っていない ・ 行った ( 結果: 陰性 ・ 陽性 [検査場所: ] )
- ③ 新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか  
なし ・ あり ( 年 月 )
- ④ 症状がでる前の2週間以内に出かけたところを丸でかこってください (複数可)  
大人数の会食、飲酒を伴う会食、カラオケ、接待を伴う飲食店、医療・福祉施設での勤務  
その他[換気が悪く、不特定多数の人が集まる場所] ( )
- ⑤ インフルエンザの方との接触・もしくは身近での流行がありますか  
なし ・ あり
- ⑥ 下記のワクチンを接種しましたか  
インフルエンザワクチン していない ・ した (1年以内)  
新型コロナワクチン していない ・ した ( 回)
- ⑦ 下記の中で当てはまる症状があれば丸でかこってください (複数可、本日は0日)  
発熱 ( 日前から、最高[ ]度)、咳 ( 日前から)、鼻水 ( 日前から)、  
のどの痛み ( 日前から)、吐き気 ( 日前から)、下痢 ( 日前から)
- ⑦ 普段風邪をひいたときよりも強い症状があれば丸でかこってください (複数可)  
体のだるさ、 関節痛、 息切れ
- \* 診察の時にこの問診票を確認しながら行いますが、上記と同様の質問をさせていただく事もあります。
- この後、車で待機の方は、ベルを渡します。ベルが届かないこともあるので、携帯番号をお願いします。

携帯番号: \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_ あなたの名前: \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 喫煙: あり ・ なし