

新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

- ① 4週間以内に新型コロナウイルス陽性（疑い含む）の方との接触（COCOAの通知を含む）はありますか
また、2ヶ月以内に海外渡航歴はありますか

なし ・ あり（ ）

- ② 今回の症状に関して帰国者・接触者相談センター、保健所に相談しましたか
なし ・ あり

- ③ 症状がでる前の4週間に出かけたところを丸でかこってください（複数可）

スポーツジム、カラオケ、ライブハウス、ネットカフェ、接待を伴う飲食店

その他[換気が悪く、人が密に集まる、不特定多数と接触する場所]
（ ）

- ④ 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

- ⑤ インフルエンザワクチンを今年度に接種しましたか
していない ・ した

- ⑥ 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）
発熱（ 日前から、最高[]度）

咳（ 日前から）、鼻水（ 日前から）、咽頭痛（ 日前から）

吐き気（ 日前から）、下痢（ 日前から）

味覚障害（ 日前から）、嗅覚障害（ 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、その際、上記と同様の質問を繰り返させていただく事もあります。

あなたの名前：
