

新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

① 下記の方との接触・もしくは身近での流行はありますか

インフルエンザ なし ・ あり（場所など： ）
新型コロナ なし ・ あり（場所など： ）

② 今回の症状に対して下記の検査を当院以外で行いましたか（自宅を含む）

インフルエンザ
 行っていない ・ 行った（ 結果： 陰性 ・ 陽性 [検査場所：])

新型コロナ
 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（ 回、直近の感染 年 月）

④ 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（ ）

⑤ 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）

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、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

* 診察は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。

体温： _____ あなたの名前： _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 携帯番号： _____

喫煙： なし ・ あり 妊娠中ですか（女性の方のみ）： いいえ ・ はい