

発熱等の症状のある方の問診票

問診日: R 年 月 日

ふりがな:	生年月日: 年 月 日(歳)
氏名:	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所:	職業:
電話番号:	携帯番号:
妊娠: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	喫煙: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

○症状 なし あり(いつから 月 日)

発熱(37.5°C以上) なし あり

呼吸器症状 咳 痰 呼吸困難 鼻汁 咽頭痛

その他の症状 倦怠感(重度・軽度) 頭痛 下痢

味覚障害 嗅覚障害 結膜炎

特記すべき症状()

○基礎疾患 なし あり

糖尿病 呼吸器疾患 腎疾患(透析) 心疾患

免疫抑制剤・抗がん剤 その他()

○新型コロナとの関連性 なし あり

14日以内に新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触がある
(15分以上で1m以内など)

特記すべき移動歴等()

周囲での有症状者あり(誰・疾患など:)

【備考】