発熱等の症状のある方の問診票

ID：
車ナンバー：

問診日：R　年　月　日

フリガナ：	生年月日：　年　月　日（　歳）
氏名：	性別：☐男性　☐女性
住所：	職業：
電話番号：	妊娠：☐あり　☐なし　☐不明
携帯電話：	喫煙：☐あり　☐なし

※職員記載欄

1、症状　平熱（　℃）現在の体温（　℃）**SPO2（　%）**P（　）

①発熱（37.5℃以上）☐なし　☐あり　いつから（　月　日）
最高発熱（　℃　、　いつ（　））

②下記症状　いつから（　月　日）
呼吸器症状　☐咳　☐痰　☐呼吸困難・息苦しさ　☐鼻水　☐咽頭痛
その他の症状　☐倦怠感（重度・軽度）　☐関節痛　☐頭痛　☐下痢　☐嘔吐
☐味覚障害　☐嗅覚障害　☐結膜炎
特記すべき症状（　）

2、治療中の病気　☐なし　☐あり
☐呼吸器疾患　☐腎疾患（透析等）　☐心疾患　☐糖尿病　☐高血圧
☐脂質異常症　☐肥満（BMI 30 以上）　☐免疫抑制剤・抗がん剤
☐その他（　）

3、2週間以内の行動歴・接触歴の確認

①新型コロナとの接触歴　☐なし　☐あり
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）
いつ（　）、どこで（　）

②2週間以内の県外への移動・接触歴　☐なし　☐あり
☐県外への移動あり　：　いつ（　）、どこへ（　）
☐県外の方との接触歴あり（食事や会話など 15 分以上を目安に）
いつ（　）、県名（　）

③周囲での有症状者　☐なし　☐あり
（誰・症状など：　）

④同居家族以外で4人以上の外食・会食歴　☐なし　☐あり
いつ（　）、どこで（　）

4、新型コロナワクチン接種歴
☐なし　☐あり　⇒　（　ファイザー　・　モデルナ　・　その他（　））
☐1回目済　いつ（　）　☐2回目済　いつ（　）

【備考】