

感染症関連問診票

氏名 _____

施設名 _____

当てはまる方に○をつけてください

令和 年 月 日現在

1. 症状

発熱 (37.5℃以上)	あり (°C) ・ なし	息苦しさ	あり ・ なし
咳	あり ・ なし	倦怠感	あり ・ なし
痰・鼻汁	あり ・ なし	味覚・嗅覚障害	あり ・ なし
SpO2 (room air)	%	消化器症状	あり ・ なし

2. 検査・行動歴

新型コロナウイルス検査をしていますか	陽性 ・ 陰性 検査の種類： 抗原 ・ PCR 検査日： 月 日
直近 6 ヶ月以内の海外渡航歴や4週間以内の国内移動・滞在歴はありますか	ある ・ ない ※ある場合移動・滞在先： _____ 期間： 月 日～ 月 日
同居家族以外の複数名での会食歴 (直近 2 週間)はありますか	ある ・ ない ※ある場合 (時期： 月 日)

3. 家族・友人・職場の環境など

まわりに同じ症状の方または体調の悪い方はいますか	いる ・ いない ※いる場合 (関係など： _____) 症状： _____
--------------------------	---

4. 意識障害等があり生活情報が不明

あり (_____) ・ なし
