

発熱/新型コロナウイルス感染症に関する問診票

年 月 日 氏名

診療のため、下記の質問にご協力ください。

質問 1. 以下にあてはまることがありますか？

質問		お答え	
1	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2週間以内に、海外にいきましたか（ある場合国名：）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に、居住地外の都道府県に移動しましたか（都道府県）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に発熱と咳がでてきた人と、一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	家族や同居人に体調不良の人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	2週間以内に、いわゆる”3密“(密集、密接、密閉)の機会がありましたか (同居人以外との2人以上の飲食、集会・イベントへの参加などを含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	以下の基礎疾患(治療中の病気)などはありますか? あれば○をつけてください 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI 30以上) 喫煙歴 その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	現在妊娠(またはその可能性)はありますか(週数)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	新型コロナワクチンを接種しましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
9	同居人はいますか	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
10-1	小児(15歳以下)の方: 集団生活をしていますか (園、学校名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10-2	2週間以内に園、学校(塾や部活動を含める)でコロナ陽性の人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問 2: 以下の症状がありますか？

症状	お答え	いつから	症状	お答え	いつから
1 発熱	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		7 息苦しさ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最高体温	°C)				
続いている期間	日間				
2 頭痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		8 強いだるさ (倦怠感)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3 咳 (せき)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		9 臭いがわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4 痰 (たん)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		10 味がわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5 鼻汁	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		11 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6 のどの 痛み	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		12 下痢	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	