

問 診 票

～ご記入後、受付へご提出ください～

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください（複数可）。

発熱（37.5℃以上） 日から 日間 最高体温 ℃

熱がでるので解熱剤で対応している 日から 日間

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい 下痢

においがわからない、味がしない

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触（のうこうせつしょく）がありましたか。

なし あり

感染者と同居、閉鎖空間等で、1メートル以内での長い時間の会話 マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。 感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域（北海道、東京、千葉、神奈川、愛知、大阪、兵庫など）や外国（中国、韓国、イタリア、ヨーロッパ諸国、アメリカ、アフリカなど）に行きましたか。

なし あり

国内：県、市名（ ） 外国：国名（ ）

4. 最近、卓球場、スポーツクラブ、ライブハウス、日帰り温泉施設、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

なし あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に（ ）

6. たばこは吸いますか？

吸っている（一日 本くらい） 吸わない やめた（ 年前）

7. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

ご協力いただきありがとうございます。