新型コロナウイルス感染症に関する問診票

感染対策強化のため、問診票を作成致しました。当院へ来院される場合には下記事項をご確認いただくようご理解ご協力をお願い致します。

令和　　年　　月　　日　　会社名/学校名

居住都道府県　　（都･道･府･県）　　氏　名

訪問部署：

訪問理由：　病院見学・実習・採用面接・面談・その他（　　）

（質問１）

質問内容	回答	
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？	はい	いいえ
②２週間以内に海外へ行きましたか？	はい	いいえ
③２週間以内に「海外や居住地域以外の他都道府県を訪問したあと、発熱と咳の症状がある方」と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④２週間以内に 50 名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
⑤２週間以内に当院（栃木県）以外、あるいは居住地域以外の他都道府県を訪問しましたか？ 訪問日（　　）　滞在期間（　　） 訪問先【都道府県名】（　　）　交通手段（　　） 目的（　　）	はい	いいえ
⑥２週間以内に３密《換気の悪い密閉空間･人が密集する場所･近距離での密接な会話》の機会はありましたか？ (例)複数人での会食(家族含)、接待を伴う飲食、冠婚葬祭等を含む集会、集合での屋内運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車/満員バスの乗車、アルコール提供/接待を伴う飲食店でのアルバイト等	はい	いいえ

（質問２：来院当日に記載）

①発熱（37.5℃以上） 体温（　　℃）	はい・いいえ	⑥息苦しさ	はい・いいえ
		⑦強い倦怠感	はい・いいえ
②咽頭痛	はい・いいえ	⑧嗅覚異常	はい・いいえ
③鼻水	はい・いいえ	⑨味覚異常	はい・いいえ
④咳	はい・いいえ	⑩吐き気･嘔吐	はい・いいえ
⑤痰	はい・いいえ	⑪下痢	はい・いいえ