

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和	年	月	日	会社名/学校名：
氏名：				
居住地：		都・道・府・県	区・市・郡	町・村

★太枠内をご記入ください。

新型コロナワクチン接種状況	令和	年	月	回目終了
問診内容	回答欄			
①今までにご自身または同居のご家族が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか	はい（本人・家族等） いつ：R 年 月 最終療養日：R 年 月			
②2週間以内にご自身の体調で、発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢などの症状はありましたか	はい いつ：R 年 月 日 症状：			
③2週間以内にご自身または同居のご家族等が新型コロナウイルス陽性者または濃厚接触者との接触はありましたか	はい（本人・家族等） いつ：R 年 月 日 どこで： 関係：			
④2週間以内に同居家族または行動を共にした方の体調で、発熱・咽頭痛・咳・鼻汁・頭痛・下痢などの症状はありましたか	はい（家族等・同僚知人等） いつ：R 年 月 日 どこで： 関係：			
⑤同居家族または職場に自宅隔離を要請されている人がいますか	はい 関係：家族・職場・知人			
⑥2週間以内にご自身や同居のご家族等または職場で海外から帰国した人がいますか	はい 国名： 帰国日：R 年 月 日			
⑦2週間以内にお住まいの都道府県以外の県に行きましたか	はい いつ：R 年 月 日 どこ： 交通手段： 目的：仕事・旅行・その他			
⑧2週間以内に屋内外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか	はい いつ：R 年 月 日 どこ： 交通手段：			
⑨2週間以内にお住まいの都道府県内・外によらず「3密（密閉空間・密集空間・密接な会話）」の機会はありましたか 例) 複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、公共交通機関(バス・電車・飛行機・船舶)利用、同居家族以外の方との車への同乗	はい いつ：R 年 月 日 どこ： 交通手段： 目的：			

*本日、以下の症状がありますか？回答に○をお付けください

①発熱(37.5℃以上)	はい（体温 ℃）・いいえ	⑥強いだるさ(倦怠感)	はい・いいえ
②のどの痛み	はい・いいえ	⑦臭いが分かりにくい	はい・いいえ
③鼻水	はい・いいえ	⑧味が分かりにくい	はい・いいえ
④咳(せき)・痰(たん)	はい・いいえ	⑨吐き気・嘔吐	はい・いいえ
⑤息苦しさ	はい・いいえ	⑩下痢	はい・いいえ

※病院使用欄

受取日	立入部署	受取者	総務課
年 月 日			

氏名 _____

検温表

(当院確認者印)

(使用目的) 来院が予定通り実施できるかどうかの判断に使用します。

※患者様およびご自身の安全を守るために可能な限り正確に記入してください。この使用目的以外に使用することはありません。

月/日		健康チェック							その他 * 左記以外で気になる症状等 * 居住都道府県以外への訪問やその際の交通手段等	
		検温時間	体温	咳	咽頭痛	頭痛	倦怠感	味覚・嗅覚異常		消化器症状 (腹痛・嘔気・嘔吐・下痢)
14日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
13日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
12日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
11日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
10日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
9日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
8日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
7日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
6日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
5日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
4日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
3日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
2日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		
1日前	/	:	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無		