

# 感染症に関する問診票

下記事項を記載してくださいませう、ご理解ご協力をお願い致します。  
この目的以外に使用することはありません。

令和 年 月 日 氏名

体温 °C

(質問1：直近の生活歴に関して)

以下の事項について「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

※下記の質問事項に記入いただき『はい』の場合には、事前に当院までご連絡下さい。

	質問	お答え	
①	2週間以内にご自身の体調で発熱、咽頭痛、咳、鼻水、頭痛、下痢などの症状はありましたか	はい	いいえ
②	2週間以内にご自身または同居のご家族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	いいえ
③	2週間以内に同居家族または職場（同部署）に、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	いいえ

(質問2：自覚症状について)

\*本日、以下の症状がありますか？「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

①	発熱 (37.5°C以上)	はい・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	臭いがわかりにくい	はい・いいえ
③	鼻水	はい・いいえ	⑧	味がわかりにくい	はい・いいえ
④	咳 (せき)	はい・いいえ	⑨	吐き気・嘔吐	はい・いいえ
⑤	痰 (たん)	はい・いいえ	⑩	下痢	はい・いいえ

※病院使用欄

受取日	部署	受取者	所属長
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		