

# 感染症問診票

記入日 年 月 日

氏名

連絡先

家族氏名 (続柄: )

以下の当てはまる方を○で囲んでください。「あり」に○をつけた方は、詳細について記入願います。

## 1週間以内の症状について

発熱 (37.0℃以上)	あり	・	なし
※ありの場合 いつから: 月 日~	体温:		℃
咳	あり	・	なし
呼吸苦 (息苦しさ)	あり	・	なし
倦怠感 (体のだるさ)	あり	・	なし
味覚・嗅覚障害 (味やにおいを感じない)	あり	・	なし
その他の症状	あり	・	なし
※ありの場合 症状			

## 1週間以内の接触・行動歴について

上記症状のある方との同居・接触	あり	・	なし
海外渡航歴のある方との同居・接触	あり	・	なし
海外への渡航歴	あり	・	なし
※ありの場合 場所:			
期間:			

## 新型コロナウイルスについて

新型コロナウイルスに感染したことがある	あり	・	なし
※ありの場合 いつ感染しましたか	年	月	日
1週間以内に陽性者との接触がある	あり	・	なし
※ありの場合 最終接触日	年	月	日

ご協力ありがとうございました。紹介・転院時に下記までFAXをお願い致します。