

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者名 _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 本日の体温は何度ですか (_____ °C)
2. 過去14日以内に、あなた自身は、 <u>県外及び県内の流行地</u> に移動する機会がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 移動した日 _____ 月 _____ 日 場所 (_____)
3. 過去14日以内に、 <u>県外在住の方</u> (家族・友人) と濃厚接触がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 接触した日 _____ 月 _____ 日
4. 過去14日以内に、あなた自身は、 <u>多人数での会食</u> をする機会がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 会食した日 _____ 月 _____ 日
5. 過去14日以内に、 <u>多人数が集まる換気の悪い密閉された場所</u> (カラオケ・スナック・居酒屋など) を訪れましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 訪れた日： _____ 月 _____ 日
6. 過去14日以内に、 <u>新型コロナウイルスに感染した方</u> と濃厚接触がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あるかもしれない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 接触した日： _____ 月 _____ 日
7. 過去14日以内の、 <u>あなた自身</u> に該当する症状にチェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがでる <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚 (におい) ・味覚 (あじ) 異常 症状が発生した日： _____ 月 _____ 日
8. 過去14日以内の、 <u>同居又は職場の人</u> に該当する症状にチェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがでる <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚 (におい) ・味覚 (あじ) 異常 症状が発生した日： _____ 月 _____ 日

〒753-8517 山口市緑町2-11

山口県済生会山口総合病院

患者サポートセンター 地域連携室

TEL : 083-901-6187 FAX : 083-928-3357