

感染対策用問診票

記入日 (R 年 月 日)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年	月	日
お名前			<input type="checkbox"/> 女		()歳		
住所				連絡先	(自宅)	-	-
					(携帯)	-	-

※当てはまるものに☑をつけて下さい。

渡航歴	<input type="checkbox"/> あり (渡航先:)	期間:)	<input type="checkbox"/> なし
-----	-------------------------------------	-------	-----------------------------

渡航者との接触歴	<input type="checkbox"/> あり (いつ:)	どこで:)	<input type="checkbox"/> なし
----------	------------------------------------	--------	-----------------------------

県外への移動	<input type="checkbox"/> あり (いつ:)	どこに:)	<input type="checkbox"/> なし
--------	------------------------------------	--------	-----------------------------

県外からの移動者との接触	<input type="checkbox"/> あり (いつ:)	どこで:)	<input type="checkbox"/> なし
--------------	------------------------------------	--------	-----------------------------

症状	発熱	<input type="checkbox"/> あり (いつから:)	何°C:)
		<input type="checkbox"/> なし	
	頭痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	味覚障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	嗅覚障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	咳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	痰	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
(その他の症状)			

基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

アレルギー	<input type="checkbox"/> あり (薬や食品:種類)	<input type="checkbox"/> なし
-------	--	-----------------------------

喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸わない
----	--

来院手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()
------	---