

<新型コロナウイルス感染症関連 問診票>

受診日 年 月 日 お名前 _____

受診日の最近2週間以内についてのご質問です。

ご本人、ご家族について正確にお答え下さい。

「ひとつでも当てはまるものがある」ときは、
お出かけになる前に、必ずご自宅（当院外）からお電話ください（047-308-6671）。
（直接クリニックの建物の中にお入りにならないでください）

<質問>

- ① 2週間以内で次の症状があれば○をつけて下さい
(ごく軽い症状や、すでに治まっているときも含めます)

発熱（平熱より高い） だるさ 頭痛 のど痛 咳や痰 関節痛（ふしぶしの痛み）

息苦しさ 味や臭いの変化（異常） 吐き気・嘔吐 下痢

その他（ ）

- ② 新型コロナウイルス感染症の患者または疑い患者さんとの接触はありますか？

いいえ はい（ ）

- ③ 海外渡航歴、旅行、出張はありますか？

いいえ はい（ ）

- ④ イベント、人が集まる所への参加はありますか？

※外食、忘年会・新年会、パーティー、初詣など

いいえ はい（ ）

- ⑤ 勤務先、学校等で新型コロナ患者の発生がありましたか？

いいえ はい（ ）