

新型コロナウイルス感染症関連問診票

記入日： 令和 年 月 日

患者様氏名： \_\_\_\_\_

(1) 体調について「あり」に○をつけた方は余白に詳細記入願います。

発熱(37.0°C以上)	あり ・ なし	
咳	あり ・ なし	
痰	あり ・ なし	
呼吸苦(息苦しさ)	あり ・ なし	
倦怠感(身体のだるさ)	あり ・ なし	
味やにおいを感じない	あり ・ なし	

(2) 2週間以内の接触歴について

上記(1)の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし
海外や福島県外の方と濃厚接触	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	
新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし

※濃厚接触…同居、長時間の接触、2m 以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など

(3) 2週間以内の行動歴について

海外や福島県外への移動・滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	
人が 10 人以上集まる場所への滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	

以下 付き添い者用

付き添い者氏名： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_

(1) 体調について「あり」に○をつけた方は余白に詳細記入願います。

発熱(37.0°C以上)	あり ・ なし	
咳	あり ・ なし	
痰	あり ・ なし	
呼吸苦(息苦しさ)	あり ・ なし	
倦怠感(身体のだるさ)	あり ・ なし	
味やにおいを感じない	あり ・ なし	

(2) 2週間以内の接触歴について

上記(1)の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし
海外や福島県外の方と濃厚接触	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	
新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし

(3) 2週間以内の行動歴について

海外や福島県外への移動・滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	
人が 10 人以上集まる場所への滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所：	

※紹介時に利用される場合は記入の上、呉羽総合病院地域連携支援室 FAX：0246-62-2035 まで。