

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

氏名

問診
年月日

年 月 日

☆太枠内をご記入ください。

質問事項	回答欄	
① ご自身が新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか。	はい ・いつ 年 月 日 ・入院期間 ~	いいえ
② 2週間以内に、ご自身が新型コロナウイルス陽性者または新型コロナウイルス濃厚接触者との接触がありましたか。	はい ・いつ 年 月 日 ・どこで () ・だれと ()	いいえ
③ 2週間以内に、ご自身が保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と指定されましたか。	はい ・いつ 年 月 日	いいえ
④ 2週間以内に、ご自身が風邪などの症状で風邪薬や解熱鎮痛剤など服用したことがありますか。	はい ・いつ 年 月 日 ・症状 () ・薬剤名 ()	いいえ
⑤ 同居家族または職場(同部署)に、発熱・咳などの症状のある方または風邪薬や解熱鎮痛剤などで症状緩和されている方はいますか。	はい ・いつ 年 月 日 ・だれと ()	いいえ
⑥ 同居家族または職場(同部署)に、自宅隔離を要請されている人がいますか。	はい ・関係 (家族・職場・知人・他) ・詳細 ()	いいえ
⑦ 自分自身や同居家族、または職場に過去2週間以内に海外から帰国した人がいますか。	はい ・国名 () ・帰国日 年 月 日	いいえ
⑧ 2週間以内に、お住まいの都道府県以外の県に行きましたか。	はい ・いつ 年 月 日 ・滞在地 () ・交通手段 () ・目的 ()	いいえ
⑨ 2週間以内に、屋内・屋外問わず50名以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい ・いつ 年 月 日 ・交通手段() ・目的、詳細()	いいえ
⑩ 2週間以内にお住まいの都道府県内・外によらず、“3密”(換気の悪い密閉空間、多くの人々が密集する場所、近距離での密接な会話)の機会がありましたか。	はい ・いつ 年 月 日 ・目的 () ・公共交通機関詳細() ・自家用車(同乗者詳細:) ・会場名や所在地()	いいえ