

新型コロナウイルス感染症関連問診票 記入日： 令和 3 年 月 日

氏 名：

氏名(付き添い)：

※付き添い者は原則1名とさせていただきます

※受診者本人、付き添い者それぞれ下記の間診にお答え下さい

① 2週間以内に以下に当てはまる 症状はありますか？ (ありの方は該当する症状の欄に○をして下さい)	本人	付き添い者
発熱(37.0度以上)／突然の高熱	あり ・ なし	あり ・ なし
咳(せき)・痰(たん)／のどの痛み	あり ・ なし	あり ・ なし
倦怠感(体のだるさ)／筋肉痛	あり ・ なし	あり ・ なし
頭痛・腹痛・下痢／呼吸苦(息苦しさ)	あり ・ なし	あり ・ なし
味がわかりにくい／臭いがわかりにくい	あり ・ なし	あり ・ なし
上記症状がある方は詳細を記入して下さい(本人)	上記症状がある方は詳細を記入して下さい(付き添い)	
② 2週間以内の“接触歴”等について 以下の項目にお答えください	本人	付き添い者
上記①の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし	あり ・ なし
新型コロナウイルス感染症の方との接触	あり ・ なし	あり ・ なし
ご自身がPCR検査を受けた	あり ・ なし	あり ・ なし
海外や長野県外の方との濃厚接触	あり ・ なし	あり ・ なし
「あり」と答えた方は接触した場所もご記入ください (同居、職場、飲食店、学校・部活の遠征等)		
③ 2週間以内の“行動歴”について 以下の項目にお答えください	本人	付き添い
海外や長野県外への移動・滞在(現住所が長野県外含む)	あり ・ なし	あり ・ なし
大人数が集まる換気が悪い場所(宴会、カラオケ・スナック等)	あり ・ なし	あり ・ なし
「あり」と答えた方は場所の詳細もご記入ください (宴会、会食(大人数・飲酒を伴う)、 冠婚葬祭、カラオケ、スナック等)		

(濃厚接触：同居、1m以内でマスク等無しでの15分以上の対話等)

次回受診時には、必ず当日問診票を記入しお持ちください。

記入がない場合は所定位置での記入、受付までに時間がかかります。

問診票に該当項目があった場合は、来院せず下記まで必ずお電話ください。

【 電話：0267-64-1711 】

連絡先：

社会医療法人恵仁会 くろさわ病院