

風邪症状 問診票

氏名： _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： 年 月 日 (歳) _____

(1) 2週間以内での出来事についてお聞きします。

- ・ 海外に行ったり、海外に行った方と接触しましたか (はい ・ いいえ) _____
- ・ 集団行為 (カラオケ・コーラス・居酒屋・飲食・スポーツジム・集会等) をしましたか (はい ・ いいえ) _____
- ・ 熱が出た、咳が出るなどの症状がある方と一緒にいたり、話をしたりしましたか (はい ・ いいえ) _____
- ・ 濃厚接触者として待機となった方が近くにいますか (はい ・ いいえ) _____
- ・ ご家族(同居者も含む)、職場で新型コロナウイルスに感染された方がいますか (はい ・ いいえ) _____

(2) 次の疾患をお持ちですか

糖尿病、心疾患、慢性呼吸器疾患 (はい ・ いいえ) _____

(3) 次の薬を服用していますか

抗がん剤、ステロイド剤、免疫抑制剤 (はい ・ いいえ) _____

(4) 現在の症状 ※あてはまる症状に○をつけてください

熱 ない ある (いつ頃から 月 日頃から) _____

★今現在の熱 度 _____

- | | | | | | |
|------------|----|----|--------|---|-------|
| ① 咳 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ② 味覚/嗅覚の異常 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ③ だるさ | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ④ 喉の痛み | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑤ 鼻汁 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑥ 痰 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑦ 息切れ | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑧ 息苦しさ | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑨ 頭痛 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑩ 関節痛 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑪ 筋肉痛 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑫ 発疹 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑬ 腹痛 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑭ 下痢 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |
| ⑮ 嘔吐 | ない | ある | (いつ頃から | 月 | 日頃から) |