

新型コロナウイルス感染症関連問診表

氏名() 記入日 年 月 日

*10日以内のご自身の体調について教えてください。

発熱(37.5度以上)	あり	なし
せき	あり	なし
たん	あり	なし
鼻水	あり	なし
のどの痛み	あり	なし
呼吸が苦しい	あり	なし
体がだるい	あり	なし
味・においの低下や異常	あり	なし
他(自由記載)		

*周囲(家族、親しい友人、会社の同僚など)の状況について教えてください。

1ヶ月以内に周囲にコロナ陽性者がいましたか？	はい	いいえ
------------------------	----	-----

はい の場合、下記もお答えください。

陽性の間、もしくは陽性の直前にその方に会いましたか？	はい	いいえ
----------------------------	----	-----

*あなた自身や同居の家族さんがコロナ陽性になったことはありますか？

ご自身がコロナ陽性になったことがある	はい	いいえ
--------------------	----	-----

はいの場合： 年 月 日 頃

同居のご家族がコロナ陽性になったことがある	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

はいの場合： 年 月 日 頃