

問診票

～入院前日の体調を問診票に記入してご持参ください～

1. 症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

発熱(37.5℃以上) _____日から_____日間 最高体温 _____℃

熱がでるので解熱剤で対応している _____日から_____日間

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい

におい、味がわかりにくい

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか。

なし あり

- 感染者と同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話
- マスクや手袋などの個人防護具なしで感染者の看護・介護をしていた。
- 感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。

3. 最近、新型コロナウイルス感染が多発している地域や外国(中国、韓国、ヨーロッパ、アメリカなど)に行きましたか。

なし あり

国内: 県、市名 () 外国: 国名 ()

4. 最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

なし あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に(_____)

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり