



## 新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 関連問診票

来訪者用

来訪日時	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
来訪者様氏名	様	体温	℃
面会者氏名	・入院患者様【 】・当院職員【 】		
ご関係	家族 ・ 親戚 ・ 友人 ・ その他( )		
面会目的	<input type="checkbox"/> 患者入院時または退院時 <input type="checkbox"/> 症状説明、リハビリ見学など病院から依頼されての来院 <input type="checkbox"/> Web面会 <input type="checkbox"/> 介護保険認定等による来院(市役所・ケアマネージャーなど) <input type="checkbox"/> その他( )		

(1) 新型コロナウイルスに感染した事がありますか？

あり ・ なし

(2) 1週間以内に下記症状がありましたか？

■ 37.5℃以上の発熱	あり ・ なし ※発熱ありの場合 ( 体温 . ℃)		
■ せき	あり ・ なし	■ 解熱薬の使用	あり ・ なし
■ たん	あり ・ なし	■ だるさ	あり ・ なし
■ 息苦しさ	あり ・ なし	■ 鼻水(花粉症以外)	あり ・ なし
■ 味やにおいの異常	あり ・ なし	■ のどの痛み	あり ・ なし
● 下痢	あり ・ なし		

(3) 1週間以内の接触歴について

■ 上記(2)の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし ・ 不明
■ 新型コロナウイルス陽性の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし ・ 不明
※(ありの場合) 同居の有無	あり ・ なし

※濃厚接触…同居、長時間の接触、2m 以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など

ご協力いただきまして、ありがとうございました。