

新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票(第3版)

年 月 日

患者名:	同伴者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 続柄()
体温: °C	同伴者の体温: °C

症状		
現在あるいは2週間以内に下記の症状が出現した、または現在ある方は、チェックをお願いします(それ以前からあった症状は悪化していたら「あり」としてください)。		
37.5°C以上の発熱	あり	なし
喉の痛み、咳などの風邪症状	あり	なし
呼吸がしにくい、息がきつい	あり	なし
全身のだるさ(倦怠感)	あり	なし
味・においがわからない	あり	なし
特に原因がないのに下痢が続く(4-5日)	あり	なし
病歴(接触・移動歴)		
感染が疑われる方との接触歴についてお答えください。		
新型コロナウイルス感染確定あるいは疑い患者と濃厚接触歴がある	あり	なし
2週間以内に、長崎県外・海外に滞在歴がある (ありの場合、都道府県名、海外の場合国名)	あり ()	なし
2週間以内に、長崎県外・海外に滞在した者と濃厚接触歴がある、あるいは同居している (ありの場合、都道府県名、海外の場合国名)	あり ()	なし
2週間以内に新型コロナウイルス感染発症リスクのある店舗・イベント等への出入りがある	あり	なし
注: 濃厚接触者とは、1メートル以内かつ15分以上の接触を示します。		

※1つでも“あり”がある場合は、健診をキャンセルまたは延期させていただきます。お手数ですが、事前に健診担当までご連絡をお願いします。