

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

(2023.5)

紹介医療機関名 () 患者氏名 ()

1. COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) に罹っていますか? はい いいえ

2. 以下の症状で該当するものがあれば○をつけてください

発熱 咳 痰 のどの痛み 息苦しさ 頭痛 倦怠感 筋肉痛 下痢
その他 ()

※ 発熱は 37.5 度以上を目安とし、平熱と合わせて判断します

症状がある場合、いつからですか? ()

3. 2に該当する同居または帰省してきた家族はいますか? はい いいえ

4. 同居または帰省してきた家族でCOVID-19 (新型コロナウイルス感染症) に罹って7日以内の人はいますか?

はい いいえ