

新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

1. 症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルス陽性(疑い含む)の方との接触(COCoAの通知を含む)はありますか。また、2週間以内に海外渡航歴はありますか。

	なし
	あり [_____]

2. 今回の症状に関して受診・相談センター(保健所)やかかりつけ医に相談しましたか。

	なし
	あり [_____]

3. 症状が出る前の2週間に出かけたところがありますか。(複数可)

	スポーツジム
	カラオケ
	ライブハウス
	ネットカフェ
	接待を伴う飲食店
	その他(換気が悪く、人が密に集まる、不特定多数と接触する場所) [_____]

4. 身近でインフルエンザの方がみえますか。

	なし
	あり [_____]

5. 下記の中で当てはまる症状がありますか。(複数可)

	発熱	[_____ 日前から、最高 _____ 度]
	咳	[_____ 日前から]
	鼻水	[_____ 日前から]
	咽頭痛	[_____ 日前から]
	吐き気	[_____ 日前から]
	下痢	[_____ 日前から]
	味覚異常	[_____ 日前から]
	嗅覚異常	[_____ 日前から]

6. 普段風邪をひいた時よりも強い症状がありますか。

	体のだるさ	[_____ 日前から]
	関節痛	[_____ 日前から]
	息切れ	[_____ 日前から]

※この問診票を確認しながら診察を行いますが、上記と同様の質問を繰り返させていただくこともあります。

患者氏名: _____

右記の該当項目の左側に○印、必要な個所の「」に「」記入下さい。