

**【新型コロナウイルス感染関連問診票】**

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

1. 以下の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

2. **嗅覚（におい）、味覚（あじ）がわかりづらいということがありますか？**

なし

あり→すこしはわかる、時間帯によってわかる まったくわからない。

3. 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个人防护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。

4. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域（**北海道、愛知、大阪、神奈川**など）や**外国**（中国、韓国、イタリア、ヨーロッパなど）に行きましたか。

なし

あり 国内：県、市名（ ） 外国：国名（ ）

5. 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

6. 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（ ）

7. 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

ご協力いただきありがとうございました。