

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？ はい ・ いいえ

2週間以内に海外に行きましたか？ はい（渡航先： \_\_\_\_\_） ・ いいえ

2週間以内に発熱や咳などの症状のある人と一緒にいたことがありますか？ はい ・ いいえ

以下の症状がありますか？ある場合、○印をつけてください。

発熱（ある場合、いつからあるかご記入ください。 \_\_\_\_\_ 日前から）

息苦しさ      強いだるさ（倦怠感）      のどの痛み      臭いが分かりにくい      鼻水

味が分かりにくい      咳      痰      吐き気・嘔吐      下痢      頭痛      筋肉痛      発疹

その他の症状があればご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）

治療中の疾患があればご記入ください  ある ・ ない  
疾患名：（ \_\_\_\_\_ ）

現在、内服している薬はありますか？  ある ・ ない  
薬の名前：（ \_\_\_\_\_ ）

今までにかかった病気などがありますか？  ある ・ ない  
いつ頃：（ \_\_\_\_\_ ） 病名：（ \_\_\_\_\_ ）

女性の方へ  妊娠している可能性はありますか？  いいえ ・ はい  
現在、授乳中ですか？  いいえ ・ はい

## 飲酒・喫煙について

飲酒    毎日飲む    機会があれば飲む    まったく飲まない（飲めない）  
1日に    ビール    日本酒    焼酎    ワイン   を（ \_\_\_\_\_ ）ml  
喫煙    吸う 1日に（ \_\_\_\_\_ ）本を（ \_\_\_\_\_ ）歳から  
          吸わない    以前に吸っていた 1日に（ \_\_\_\_\_ ）本を（ \_\_\_\_\_ ）年間

健康診断で異常を指摘されたことはありますか？  いいえ ・ はい  
内容：（ \_\_\_\_\_ ）