

問診票

体温：_____℃

ふりがな

お名前 _____ 男性・女性 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

〒

住所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

1. 以下の症状で該当する者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 _____℃熱が出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 痰が出る 息苦しい 体がだるい 下痢味やにおいに異常を感じる

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

なし あり感染者と同居、閉鎖空間等で1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。

3. 今回の症状が出る前の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や外国、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 訪れた場所 (_____)

4. 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 体的に (_____)

5. タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う（1日 _____ 本）

6. 女性の方へお聞きします。妊娠の可能性はありますか？ ない・ある

ご協力ありがとうございました。

渡辺内科医院