**新型コロナウイルス感染症に関する問診票**

令和　　 年　　 月 　　日

ID　　　　　　　　　　　　　　生年月日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　年齢

体温　　　　℃

住所　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチン | 1. 新型コロナワクチンの接種歴　　　　あり　　　 なし   （　　　）回接種（最終接種日　　　年　　月　　日） |
| コロナ感染 | 1. 新型コロナウイルス感染状況（現在・過去）   本人　　　なし　　あり　　（診断日　　年　　月　　日）  （医療機関名　　　　　　　）  同居家族　なし　　あり　　（診断日　　年　　月　　日）  （続柄　　　　　）　　　　（医療機関名　　　　　　　） |
| 症状 | 1. 下記に当てはまる症状がありますか？   　　　　はい (項目にチエック)　　いいえ  発熱　　　 □ 発熱(37.5℃以上)  呼吸器症状 □ 咳　 □ 痰　 □ 鼻水 □ 咽頭痛　 □ のどの違和感　 □ 息苦しさ    いつから(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 同居家族の症状 | 1. 同居している家族が下記に当てはまる症状がありますか？   　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい (項目にチエック)　　いいえ  発熱　　　 □ 発熱(37.5℃以上)  呼吸器症状 □ 咳　 □ 痰　 □ 鼻水 □ 咽頭痛　 □ のどの違和感　 □ 息苦しさ  いつから(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

2023.5.8一部改訂