

問 診 票

記入日 年 月 日 体温 ℃

ふりがな		男性 ・ 女性	生年月日	大・昭・平・令
お名前				年 月 日 歳
ご住所		電話番号	ご自宅	
勤務先 学校名			携帯電話	
			勤務先 学 校	

1. 該当する項目にチェックをつけてください。

- 37.5℃以上の発熱があった (日から)
→ 解熱剤を服用しましたか? いいえ はい
- のどが痛い せきが出る 痰が出る
- 息苦しい 体がだるい 下痢症状がある
- 味やにおいに異常を感じる

2. 新型コロナウイルス感染者の方との接触はありましたか?

- なし
- 感染者と同居、または閉鎖空間等で1メートル以内での長い会話をした
- 感染が疑われる方の気道分泌物、体液等に触れた

3. 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国、または感染者が多発したイベント・施設への往来がありましたか?

- なし あり 往来があった場所 ()

4. 現在、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
- がん 免疫抑制治療
- その他 (具体的に)

5. タバコは吸いますか? 吸わない 吸う (1日 本)

※ 女性の方へ。妊娠の可能性はありますか? ない ある 妊娠中

ご協力ありがとうございました。