

COVID-19 関連問診票

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下のあてはまる方を○で囲んでください。

「あり」に○をつけた方は、詳細を記入願います。

◆体調について

発熱（37.5℃以上）	あり ・ なし
せき	あり ・ なし
たん	あり ・ なし
呼吸苦（息苦しさ）	あり ・ なし
倦怠感（身体のだるさ）	あり ・ なし
味やにおいを感じない	あり ・ なし

※来院当日までの期間に体調に変化があった場合は来院前にご連絡ください。

◆移動・滞在について（14日以内）

海外への移動・滞在		あり ・ なし
福島県外への移動・滞在		あり ・ なし
ありの場合	国・県・地域名	
	期 間	

◆感染者又は感染者と濃厚接触をした方との接触（14日以内）

感染者との同居・接触		あり ・ なし
濃厚接触者との同居・接触		あり ・ なし
ありの場合	接触者との関係	
	期 間	