問診票　（検査来院患者さん用）

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、本日の体調などを問診票に記入してください。

お名前　（　　）　　生年月日　（　大・昭・平・令　　年　　月　　日）
わかる方は、ID（　　）

１．新型コロナウイルス感染症の症状で該当するものにチェックしてください（複数可）。

□発熱（37.0℃以上）　　月　　日から　　日間

□解熱剤を使用している

□のどが痛い　□せきが出る　□痰がでる　□息苦しい　□体がだるい

□最近におい・味がわかりにくい

□該当する症状はない

２．　新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触（のうこうせっしょく）がありましたか。

□なし

□あり　（　　）日前

３．最近、新型コロナウイルス感染が多発している地域に行きましたか。

□なし　□あり　　国内：県、市名　（　　）　外国：国名（　　）

４．最近、３密(密閉空間・密集場所・密接場面)が生じる可能性がある場所に行きましたか。

□なし　□あり

ご協力いただきありがとうございました。