

新型コロナウイルス感染症検査に関する問診票

サンフラワー
クリニック

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	T・S・H・R 年(西暦) 月 日生(歳)	
住所	〒	駐：12345 車No：
電話番号		国籍()
同居の家族構成 ()内は年齢を記入	独居・祖父()・祖母()・父()・母()・夫()・妻() 子 人() 兄弟 人()・孫 人()	
職業・学校	無・有(会社名・学校名：)	その他 同居家族の症状：無・有()
	いつまで勤務・通学？ 月 日(通勤・学手段：)	

症状	無・有(発症日： 月 日 時頃)	
	無	有
① 発熱(37.5℃以上) いつから 現在体温： ℃	はい	いいえ
	MAX： ℃	
② のどの痛み	はい	いいえ
③ 鼻水	はい	いいえ
④ 咳	はい	いいえ
⑤ 痰	はい	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい	いいえ
⑦ 強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
⑧ 味覚・嗅覚障害	はい	いいえ
⑨ 吐き気、嘔吐	はい	いいえ
⑩ 下痢	はい	いいえ
⑪ 関節痛	はい	いいえ
⑫ 頭痛	はい	いいえ
⑬ その他症状	Spo2 %	

行動歴に関する問診	① 新型コロナ陽性の方と一緒にいたことがありますか ”はい”の方は具体的に記入()	はい	いいえ
	② 行動時はいつもマスクを着用していましたか	はい	いいえ
	③ 10日以内に多くの人が集まるイベントに参加しましたか	はい	いいえ
	④ 10日以内に他都道府県に行きましたか(都道府県名)	はい	いいえ
	⑤ 10日以内にいわゆる”3密”(換気の悪い密閉空間、多くの人 の密集する場所、近距離での密接な会話)の機会がありましたか <small>【例：家族以外での複数人での会食・集会参加、集合してのカラオケ・ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車・バス乗車等】</small>	はい	いいえ

③～⑤ではいの方は具体的に記入願います。

今回の検査で陽性が出た場合、感染の広がりが考えられる範囲。

コロナワクチン接種歴(なし・あり)(1回・2回・3回)直近接種日(月 日)

- ・全ての検査には「偽陰性」が存在することをご了承ください。
- ・検査結果の保健所への報告ならびに、【陽性】の場合保健所の指示に従う事に同意願います。
- ・結果が判明するまで自宅で待機し、不要不急の外出を避けててください。

検査実施日 年 月 日 カルテ(有)無) ID スキャン(済)