年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症についての問診票

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① この2週間以内に当てはまる症状はありましたか？

□ ない　□ ある⇒いつから（　　）

↓

□ 発熱（　　℃）　□ 咳　□ のどの痛み　□ 息苦しさ
□ 味覚異常　□ 嗅覚異常　□ 下痢　□ 倦怠感
□ その他（　　）

② この2週間で複数人と接触するイベントがありましたか？
（例:旅行や複数人での会食、人混みの多い場所への外出など）

□ なし　□ あり（　　）

③ 会社や学校、保育園など身の回りで新型コロナウイルス陽性者はいますか？（家族も含む）

□ いない　□ いる⇒どこで（　　）　だれが（　　）

濃厚接触者　□ 該当する　□ 該当しない

④ PCR検査を受けたことがありますか？（家族も含む）

□ ない　□ ある⇒いつ（　　）

⑤ 身の回りで発熱や風邪症状の人はいますか？

□ いない　□ いる⇒だれ（　　）

⑥ 新型コロナウイルスのワクチンは接種しましたか？

□ 未接種
□ 1回目は接種した⇒いつ（　　）
□ 2回とも接種した⇒（1回目　　•2 回目　　）

⑦ 本日の来院方法を教えてください

□ 自家用車　□ 徒歩、自転車、公共交通機関

この情報は院内での利用目的以外には使用致しません。

練馬区休日急患診療所・夜間救急こどもクリニック

R3.8　改定