

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者氏名：

生年月日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

1. 本日の体温は何度ですか。 (°C)
2. 過去14日以内に <u>県外及び県内の流行地</u> に移動する機会がありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 移動した日： 月 日 場所 ()
3. 過去14日以内に <u>県外及び県内の流行地在住</u> の方と濃厚接触がありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> スナック <input type="checkbox"/> 居酒屋 接触した日： 月 日
4. 過去14日以内に新型コロナウイルス感染症に感染した方と濃厚接触がありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 接触した日： 月 日
5. 過去14日以内に該当する症状があればチェックしてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚（におい）・味覚（あじ）の異常 症状が発生した日： 月 日
6. 過去14日以内に <u>同居又は職場の人</u> で該当する症状があればチェックしてください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚（におい）・味覚（あじ）の異常 症状が発生した日： 月 日

『濃厚接触』とは

新型コロナウイルス陽性患者と手の届く約1m以内の範囲で、マスク等の感染予防策をせずに15分以上接触すること

〒759-2212
美祢市大嶺町東分11313番地1
美祢市立病院
TEL：0837-52-1700 FAX：0837-52-1820
地域連携室（平日8：30～17：15）
TEL：0837-54-2110 FAX：0837-54-2111