

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7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。

☐ なし

☐ ある → ☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 職場の人

接触した日： 月 日

3. 過去7日以内に該当する症状があればチェックしてください。

☐ なし ☐ 発熱 ☐ のどが痛い ☐ せきがある

☐ 息苦しい ☐ 体がだるい ☐ 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