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 身長＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿＿kg

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 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

③ 基礎疾患、喫煙歴の有無

□ 呼吸器疾患（COPD 等）　□ 肥満（BMI 30 以上）　□ 免疫抑制剤の使用
□ 喫煙歴

④ 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　□ 2回目　□ 3回目　□ 4回目
直近のワクチン接種日（令和　年　月　日 ・ 不明 ）

⑤ 直近に接種したワクチンの種類を教えてください

□ファイザー　□モデルナ　□アストラゼネカ　□ノババックス　□不明　□その他

⑥ 新型コロナウイルスに感染したことがありますか。

□ ある（　　年　　月頃）　□ なし

⑦ 新型コロナウイルスの検査をしたことがありますか。

□ ある（　　年　　月頃 ・ 結果　陽性　•陰性）　□ なし

この情報は院内での利用目的以外には使用致しません。