

## 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和2年 月 日

患者様氏名： 入院病棟： 階

面会者様氏名： 体温 °C

新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか	はい	いいえ
2週間以内に海外に滞在しましたか	はい	いいえ
2週間以内に50名以上の方が集まるイベントに参加しましたか	はい	いいえ
2週間以内に換気が悪く密閉された場所で飲食、会話、集会、運動、カラオケ、パチンコなどをしましたか	はい	いいえ
2週間以内にマスクなしで満員電車、バスへの乗車をしましたか	はい	いいえ

以下の当てはまる症状がありますか。(ある○、ない×)

37.5度以上の発熱		強いだるさ	
のどの痛み		臭いがわかりにくい	
鼻水		味がわかりにくい	
せき		吐き気・嘔吐	
息苦しさ		下痢	
痰(たん)		頭痛	

※ご面会の際、病棟入り口(エレベータホール)でスタッフにお渡しください。