コロナ問診票（別紙）

【来院初日を含む 2 週間の症状日誌（14 日前〜8 日前まで）】

<table>
<thead>
<tr>
<th>氏名：__________________</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>来院当日まで記入し、問診票とともに来院当日に出してください。</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>朝の体温</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>夜の体温</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
<td>度</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>喉の痛みや咳、鼻水はありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>疲労感やだるさがありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>味や臭いに異常がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>下痢など、おなかの具合が悪いですか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>その他、何か変わったことはありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>感染者と接触した可能性がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>同居の家族に上記 3 〜 8 がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ はい</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

その他気になることがありましたお書き下さい。

____________________________________________________________________________

____________________________________________________________________________
コロナ問診票（別紙）

【来院初日間の症状日誌（7日前～前日まで）】

来院当日まで記入し、問診票とともに来院当日に出してください。

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>朝の体温</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
<th>( / )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>夜の体温</td>
<td>( / )</td>
<td>( / )</td>
<td>( / )</td>
<td>( / )</td>
<td>( / )</td>
<td>( / )</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>喉の痛みや咳、鼻水はありませんか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>疲労感やだるさがありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>味や臭いに異常がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>下痢など、おなかの具合が悪いですか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>その他、何か変わったことはありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>感染者と接触した可能性がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>同居の家族に上記3-8がありますか？</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
<td>□ はい</td>
<td>□ いいえ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

その他気になることがありましたか。

__________________________________________________________

__________________________________________________________

__________________________________________________________