

FAX 0248-75-3388

## COVID-19 関連問診票

ご紹介元

医療機関名

患者さんのお名前

当てはまる方に○をつけてください。

症状（最近2～3日の症状）

令和 年 月 日現在

発熱（37.5℃以上）	あり ・ なし
咳	あり ・ なし
痰	あり ・ なし
息苦しさ	あり ・ なし
倦怠感	あり ・ なし
嗅覚障害・味覚障害	あり ・ なし

14日以内の移動・滞在歴

海外への渡航	あり ・ なし
県外への移動	あり ・ なし
上記ありの場合、具体的に移動先と期間を記入してください。	移動先： 期間： 月 日 ～ 月 日

14日以内に接触した方について

海外へ渡航した方との接触	あり ・ なし
県外へ移動した方との接触	あり ・ なし
上記ありの場合、具体的に移動先と期間、接触した方との関係を記入してください。	移動先： 期間： 月 日 ～ 月 日 関係：

※受診日当日、自宅で体温を測っていただくようお願い致します。

（問い合わせ：公立岩瀬病院 0248-75-3111 地域医療連携室）