

COVID-19 関連問診票

令和 年 月 日現在

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、記入項目には必要事項をご記入ください。

症状（最近2～3日の症状）

発熱（37.5℃以上）	あり（      ℃） ・ なし
咳	あり ・ なし
痰	あり ・ なし
喉の痛み	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
下痢	あり ・ なし
解熱剤の服用	あり ・ なし

移動・滞在歴

県外・海外への移動・滞在（14日以内）	あり ・ なし
上記「あり」の場合、移動先・滞在先：	
期間： 月 日 ～ 月 日	

接触歴について

県外・海外へ移動した方との接触（14日以内）	あり ・ なし
上記「あり」の場合、移動先・滞在先：	
ご関係：	
期間： 月 日 ～ 月 日	
新型コロナウイルス感染者（みなし陽性含む）若しくは、感染の可能性のある方との接触（14日以内）	あり ・ なし
上記「あり」の場合、ご関係：	
濃厚接触者との接触（14日以内）	あり ・ なし
上記「あり」の場合、ご関係：	

その他

新型コロナウイルスに感染したことがある	あり ・ なし
上記「あり」の場合、治療期間や療養期間	
期間： 月 日 ～ 月 日	
新型コロナウイルスワクチンの接種	未接種 ・ 1回済 ・ 2回済 ・ 3回済
最終接種日： 月 日	

※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。