

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票 Ver.5

院内感染防止のためにご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 才(ID \_\_\_\_\_ )  
 体温 \_\_\_\_\_ 度 (患者さん本人・付き添いの方) ←いずれかに○

## A. あてはまるものにチェックしてください

質問		お答え			
①	7日以内に新型コロナウイルス陽性者の方と一緒にいたことがありますか？	いいえ	はい	その人と最後に会った日	月 日
			⇒	自宅療養の場合、療養解除日	月 日
②	7日以内に一緒に居た人の中に、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者と判定された人はいますか？	はい	いいえ		
③	7日以内に海外にいましたか？ または海外にいた人と一緒にいましたか？	はい	いいえ		
④	7日以内に、B項目に該当するような症状を持つ人と一緒にいましたか？	はい	いいえ		
⑤	7日以内に《3密》(換気の悪い密閉空間・多くの人の密集する場所・近距離での密接な会話)の機会がありましたか？ 例えば、日常生活上や職業上で、「自分または相手がマスクを外した状態で会話や食事をする機会」はありましたか？	はい	いいえ		
	該当する箇所があれば☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅以外での複数人での食事 <input type="checkbox"/> 同居家族以外との食事 <input type="checkbox"/> 集会参加 <input type="checkbox"/> 集合しての運動 <input type="checkbox"/> 複数人でのカラオケ <input type="checkbox"/> コンサート参加 <input type="checkbox"/> マスク無しでのパチンコスロット利用 <input type="checkbox"/> マスク無しでの電車・バス・飛行機の利用(保育園は除く)				
⑥	過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ (退院日又は療養解除日: 年 月 日)	はい	いいえ		

## B. あてはまる症状がありますか？ (ある○、ない×、をつけてください)

①	発熱(≥37.5度)		⑤	息苦しさ	
②	喉の痛み		⑥	強いだるさ(倦怠感)	
③	せき		⑦	臭いがわかりにくい	
④	痰(たん)		⑧	味がわかりにくい	

ご協力ありがとうございました。

東北会病院 院内感染対策委員会