

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票 Ver.6

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
②	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
③	直近1か月以内に、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. 7日以内(当日含む)あてはまる症状がありますか？ (ある○、ない×)

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