

新型コロナウイルスについての問診票(ご面会者用)

済生会山口地域ケアセンター

感染防止のための問診票です。該当する項目がないか確認をお願いします。

氏名: _____ 記入日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

本日の体温	°C
症状について * 過去 7 日間以内	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> その他() 痛み止めや解熱剤の使用について(* 過去 7 日間以内) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他() 使用した日時(____ 月 ____ 日 ____ 時頃) 薬品名()
新型コロナワクチン接種 について	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → ワクチン接種回数 (____ 回) 最終接種日(____ 年 ____ 月頃)
周囲の方の体調不良等 について * 過去 7 日間以内	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の方と接した方がいる <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症にかかった方がいる
感染の可能性がある混 雑した場所等への外 出、普段一緒にいない 人との交流について * 過去 7 日間以内	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → ()