

# 新型コロナウイルス感染症関連問診票

2020/5/1

診療所： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_

記載日： 20 年 月 日

以下のあてはまる方に○をつけてください。

## 1. 体調について

発熱（37.5℃以上）	あり ・ なし
咳	あり ・ なし
痰	あり ・ なし
呼吸苦（息苦しき）	あり ・ なし
倦怠感（体のだるさ）	あり ・ なし
味やにおいを感じない	あり ・ なし
下痢・嘔吐	あり ・ なし
「あり」の場合 いつからですか？	月 日 ~

## 2. 移動・滞在について（14日以内）

海外への渡航・滞在	あり ・ なし	
福島県外への移動・滞在	あり ・ なし	
「あり」の場合	国・都道府県・市町村名	
	期 間	

## 3. 濃厚接触した方について（14日以内）

海外への渡航・滞在歴のある方との同居・濃厚接触	あり ・ なし	
福島県外への移動・滞在歴のある方との同居・濃厚接触	あり ・ なし	
「あり」の場合	国・都道府県・市町村名	
	期 間	

※検査当日、ご持参下さい。ご協力ありがとうございました。