感染症関連問診票

2023/5/8

病院名：

患者名：　　様　　記載日　　年　　月　　日

以下のあてはまる方に〇をつけてください。

１．　体調について（過去７日間）

発熱（37.0℃以上）	有(　/　~)　・無	喉の痛みや違和感	有(　/　~)　・無
咳	有(　/　~)　・無	倦怠感（体のだるさ）	有(　/　~)　・無
痰	有(　/　~)　・無	味やにおいを感じない	有(　/　~)　・無
呼吸苦（息苦しさ）	有(　/　~)　・無	下痢・嘔吐など	有(　/　~)　・無
その他の症状（　　）			有(　/　~)　・無

２．新型コロナウイルス罹患の有無について

COVID-19 に感染し、治療を受けたことがありますか？	有（いつ頃　　/　）・無

３．家族・友人・職場について（7 日以内）

周辺に COVID-19 患者はいますか？	有（関係：　　）・無
同居家族に感冒様症状がある方はいますか？	有（関係：　　）・無

４．新型コロナウイルスのワクチンについて

未接種　　1 回接種　　2 回接種　　3 回接種　　4 回接種　　5 回接種 （最終接種日　　年　　月　　日）

※転院当日の朝、当院宛てに FAX（024-934-1070）をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

郡山市医療介護病院