

新型コロナウイルス感染症に関する外来問診票

記入後は受診する診療科の受付に提出してください。

受診	で来た	⇒ 氏名：	生年月日：	年	月	日	
付き添い		⇒ 氏名：	(患者氏名：)
代理受診	で来た		(続 柄：)

本日受診予定の診療科全てに☑をしてください

<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 消・血・膠内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 外科
<input type="checkbox"/> 循・呼・腎内科	<input type="checkbox"/> 内・糖・代内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産科婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> CT・MRI
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 健診センター	<input type="checkbox"/> その他(

1 7日以内に急な発熱はありましたか。

いいえ はい (症状がでた日： 月 日頃)

2 7日以内にでてきた症状はありますか。

いいえ はい (下記の項目もお答えください)

▼悪化した症状も含め、全てに☑をしてください。

症状がある場合は
検査を受けていただく
場合もあります

のどの痛み 鼻水 咳 痰
 息苦しさ 頭痛 下痢 強いだるさ(倦怠感)
 味を感じなくなった においを感じなくなった

3 7日以内に県外や海外への移動はありましたか。

いいえ はい [期間日： 月 日 ~ 月 日]
[場 所：]

4 7日以内に県外や海外からの訪問者との接触はありましたか。

いいえ はい [接触日： 月 日 ごろ]
[場 所：]

5 7日以内にご自身または同居人が、複数人で長時間の飲食や飲酒を伴う会合に参加しましたか。

いいえ はい

6 7日以内に同居人(自分を含む)や職場、学校など身近な人の中に、新型コロナウイルス感染症の診断をされた方、もしくは濃厚接触者として自宅待機をしている方はいますか。

いいえ はい (接触日： 月 日頃)

7 14日以内に新型コロナウイルス感染症に感染しましたか。

いいえ はい (発症日： 月 日)

8 新型コロナワクチン接種を行いましたか。

いいえ はい (____回接種：最終接種日： 月 日)