

病院来訪者の質問票

1. 以下の症状がありますか（複数可）？

なし あり（下記にチェック、記載してください）

発熱（37.5度以上） _____日から _____日間 最高体温 _____度

熱が出るので解熱剤を使用している _____日から _____日間

のどが痛い せきが出る たんが出る 息苦しい

* その他、体調で気になることなどあれば記載してください

2. 2週間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。

なし あり（発症日または診断された日： _____年 _____月 _____日頃）

3. 2週間以内に新型コロナウイルスの感染者の方と濃厚な接触の機会がありましたか？

なし あり

接触した相手（ _____ ）

接触した相手の状況：

4. なにか気になることなどあればお書きください

提出日： _____年 _____月 _____日

所 属： _____

氏 名： _____