

新型コロナウイルス感染症に関する調査票

患者ID () 記入日: _____

氏名 _____ 生年月日 _____

◎ 2週間以内に海外へ訪問・乗継をされましたか。 はい いいえ

「はい」と答えた場合

渡航地域 _____

渡航期間 _____

海外で病気の人と接触しましたか。 はい いいえ

いつ頃 _____

◎ 新型コロナウイルス感染症であることが確定した患者、または、
その疑いがある患者と2メートル以内で接触しましたか。 はい いいえ

いつ頃 _____

◎ 以下の症状がありますか。(該当するものに○をつけて下さい)

発熱 (37.5°C以上) _____ °C

解熱剤を服用していますか。 はい いいえ

いつ頃 _____

呼吸器症状

発疹

消化器症状

神経症状

その他 _____

当日体温 (受診当日の朝 (来院前) に測ってください) _____ °C

ご協力ありがとうございました。