

感 染 症 問 診 票

記載日 年 月 日

お名前 _____

① 現在の体温(°C)

緊急入院は記載不要

② 1週間以内に下記の症状はありますか？ある場合は、いつからですか（ 年 月 日から）

- ☐ 持続する咳 ☐ 呼吸苦や息切れ ☐ のどの痛み ☐ 発疹
☐ 嗅覚や味覚の異常 ☐ 強い倦怠感 ☐ 37.5℃以上の発熱
☐ なし

③ 1週間以内に新型コロナウイルス感染症、もしくはインフルエンザに罹患した方との接触はありますか？

- ☐ なし ☐ あり（接触日： 年 月 日）

④ 2000 年(平成 12 年)以降に海外の病院に入院したことはありますか？

- ☐ なし
☐ あり 国名() ☐手術 ☐その他()