

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

2023.5.17 改訂

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日(歳)
----	--	------	-----------

今日の体温	() °C
痛み止めや解熱剤の使用 (現在～過去7日以内)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> 発熱のため <input type="checkbox"/> 痛みのため <input type="checkbox"/> その他() 使用した日 (月 日 時頃) 薬剤名 ()
症状の有無 (現在～過去7日以内)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他()
新型コロナワクチンの 接種について	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→ワクチン接種回数 () 回 直近の新型コロナワクチン接種年月日 (年 月 日)
現在、同居家族で発熱 や咳嗽、咽頭痛等の症 状がある方がおられますか？	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> 受診済み (診断名) <input type="checkbox"/> 受診していない
過去に本人もしくは家 族が新型コロナウイルス 感染症に感染しまし たか？	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染→いつ頃(月 日頃) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄)

〒753-8517 山口市緑町 2-11

山口県済生会山口総合病院

患者サポートセンター地域連携室

TEL:083-901-6187 FAX:083-928-3357