

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票 Ver.4-Ⅱ

院内感染防止のためにご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 才 (ID \_\_\_\_\_ )  
 体温 \_\_\_\_\_ 度 (患者さん本人・付き添いの方) ←いずれかに○

## A. あてはまるものにチェックしてください

	質問	お答え	
		はい	いいえ
①	2週間以内に新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？(日時: _____ )		
②	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症の検査中の人と一緒にいましたか？(日時: _____ )		
③	2週間以内に海外にいましたか？(日時: _____ )		
④	2週間以内に、「発熱や咳等の風邪症状、味覚嗅覚障害がある人」と一緒にいたことがありますか？		
⑤	2週間以内に≪3密≫(換気の悪い密閉空間・多くの人の密集する場所・近距離での密接な会話)の機会はありましたか？ 例えば、日常生活上や職業上で、「自分または相手がマスクを外した状態で会話や食事をする機会」はありましたか？ 該当する箇所があれば☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅以外での複数人での食事 <input type="checkbox"/> 同居家族以外との食事 <input type="checkbox"/> 集会参加 <input type="checkbox"/> 集合しての運動 <input type="checkbox"/> 複数人でのカラオケ <input type="checkbox"/> コンサート参加 <input type="checkbox"/> マスク無しでのパチンコスロット利用 <input type="checkbox"/> マスク無しでの電車・バス・飛行機の利用(保育園は除く)		
⑥	2週間以内に、東北地方以外に行きましたか？ あるいは、東北地方以外の人と会いましたか？	はい	いいえ
		地名( _____ )	
⑦	2週間以内に新型コロナウイルス感染症の検査を受けましたか？ (検査日: _____ ) 結果( _____ )		
⑧	新型コロナウイルスにかかりましたか？(診断日: _____ )		

## B. あてはまる症状がありますか？ (ある○、ない×、をつけてください)

①	発熱(≥37.5度)		⑤	強いだるさ(倦怠感)	
②	息苦しさ		⑥	臭いがわかりにくい	
③	せき		⑦	味がわかりにくい	
④	痰(たん)				

ご協力ありがとうございました。

東北会病院 院内感染対策委員会