

患者様・立ち会い・付き添い者 問診票

年 月 日

患者様のお名前 () 体温 °C

付添者様のお名前 () 体温 °C

2週間以内に

●以下の症状に当てはまるものがあれば○で囲んでください。

発熱 ・ 倦怠感 ・ 悪寒や震え ・ 呼吸困難 ・ 息切れ ・ 咳や痰 ・ 胸痛 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水
頭痛 ・ 筋肉痛や関節痛 ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 味覚異常 ・ 嗅覚異常

●PCR検査を受けたことがありますか(はい・いいえ)

はいの場合→いつ受けられましたか()
症状はありましたか(ない・ある:症状)

●以下の項目で該当するものを○で囲んでください。

A)現住所は愛知・岐阜・三重・静岡西部である。	はい	いいえ
B)2週間以内に愛知・岐阜・三重・静岡西部以外の場所へ移動をした。	はい	いいえ
C)2週間以内に海外での滞在歴があるか、または海外へ渡航した人と濃厚接触した。	はい	いいえ
D)2週間以内に感染クラスター(小規模な集団発生)が報じられている場所に入りました。	はい	いいえ
E)2週間以内に、クラスターリスクの高い場所(接待を伴う飲食店、大人数での飲み会、はしご酒など長時間におよぶ飲食)に行った。	はい	いいえ
F)2週間以内に新型コロナウイルスに感染した者(疑い含む)と濃厚接触した。	はい	いいえ
G)同居家族に濃厚接触者として自宅待機になっている人がいる。	はい	いいえ

ご協力ありがとうございました。 パークベルクリニック