

問診票

下記の項目に「あり」のチェックがある人は、
必ず病院スタッフへお声掛けください。

☆以下の項目のご記載をお願いします

日時 年 月 日 時

患者番号

氏名

受診する診療科・検査

① 1週間以内に以下の中で新たに出現した症状はありますか？		全てなし	あり
症状	熱感		あり
	熱感がある場合は検温 () °C		
	上気道症状（咳、咽頭痛、呼吸苦、息切れ、鼻汁）		あり
	味覚・嗅覚の異常		あり
	その他の症状（下痢、頭痛、倦怠感など）		あり
② 家族・同居者・職場の方など周囲の方の上記症状（2週間以内）		全てなし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか？（例：子どもや同僚、同級生など） ()		
③ ご自身が新型コロナと診断されたことがある		なし	あり
	「あり」の場合 診断日 ()、退院日または療養終了日 ()		
④ 家族・同居者・職場の同僚など周囲の身近な方が新型コロナと診断された（2週間以内）		なし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか？（例：子供や同僚、同級生など） ()		
⑤ 海外渡航歴（1週間以内）		なし	あり
	「あり」の場合は国名をご記載下さい。 国名 ()		

※医師の判断により検査を受けていただけない場合がございます。