

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

携帯番号: _____

郵便番号 _____

職業: _____

体温: _____ °C

氏名: _____

SPO₂: _____ %

生年月日: _____年 _____月 _____日

※ 当てはまるものに○をしてください

①	質問	お答え	
		はい	いいえ
①	新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、海外へ行きましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に、『海外や宮城県外に行った後、発熱と咳が出てきた人』と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	2週間以内に、1,000人以上が集まるイベントの参加しましたか？	はい	いいえ
⑤	2週間以内に 県内・外によらず、いわゆる”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)の機会がありましたか 例: 不特定多数の人がいる飲食店で食事した、マスクなしで換気の悪い場所での飲食を伴う集会に参加した、集合して室内で運動した(スポーツジムの利用を含む)、カラオケやライブに参加した、パチンコに行った、マスクなしで満員の電車やバスに乗車した、等	はい	いいえ
⑥	新型コロナウイルス抗原検査を希望しますか？	はい	いいえ

※ ⑦ に当てはまる症状がありますか？(ある○、ない×、つけてください)

下記の症状はいつからありますか？ (_____ 日前から)

①	発熱(≥37.5°C)		⑦	強いだるさ(倦怠感)	
②	のどの痛み		⑧	臭いがわかりにくい	
③	鼻水		⑨	味がわかりにくい	
④	せき		⑩	吐き気・嘔吐	
⑤	痰(たん)		⑪	下痢	
⑥	息苦しさ		⑫	頭痛	

③ 基礎疾患はありますか？ (_____)

④ 当院までの交通手段 _____

※当ビル1F駐車場をご利用の方は駐車No. と車のNo. もご記入ください

⑤ コロナワクチンは接種していますか？ _____ 1回 / 2回 / 3回 / 4回目・未接種