

新型コロナウイルス感染症（C o v i d -19）施設用問診票

記載日 _____

利用者氏名 _____

主治医名 _____

施設名 _____

症 状	受診までの症状			現在の症状	
		°C	月 日頃から	°C	
発熱			月 日頃から		
咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
嘔気/嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
味覚・臭覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
結膜炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
蕁麻疹	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
水分がとれない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		月 日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
その他症状					
その他 <input type="checkbox"/> この2週間で発熱、咳、息切れ、味覚臭覚の異常を認めた者と接触をした <input type="checkbox"/> この2週間で人の多いところに外出したスタッフがいる <input type="checkbox"/> スタッフとの接触時マスクをしていなかった					
備考					