

新型コロナウイルス感染予防問診票

記載日： 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、お手数ですが、入館時のご記入にご理解とご協力をお願いいたします。また、診察時等にも確認させていただく場合がございますので、本日中はお持ちになっていて下さい。

(ふりがな) 氏名：	生年月日： 年 月 日
---------------	----------------

チェック欄	該当する項目にチェックをつけてください	点数
①	過去7日以内に発熱があった (°C) 37.0°C以上 3 37.5°C以上 5	
②	当てはまる症状を○で囲ってください 咳(せき) ・ のどの痛み ・ 息苦しさ ・ 強い体のだるさ ・ 関節痛 1つの症状につき 2	
③	コロナ感染者、またはコロナの検査をした方との接触があった	7
④	同居人やよく会う周囲の人に、コロナ感染を疑う症状の人がいる	5
⑤	過去7日以内に、県外から帰宅した家族または同居人がいる 【都道府県名： 】	3
⑥	過去7日以内に、自分自身が県外への移動がある 【都道府県名： 】	3
⑦	過去7日以内に、集会やイベントに参加した(3密)	2

職員記載欄

①～⑦が1項目以上該当する場合、腋窩で体温を再測定して合計点に加算する

腋窩体温	点数
37.0°C以上	3
37.5°C以上	5

合計 点

■4点以下：一般外来 ■5～9点：担当医へ相談 ■10点以上：発熱外来

発熱外来使用時のみ記載

ID()車ナンバー()車種()車色()