

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和 年 月 日

氏名： _____

当てはまるものにチェックをお願いします。(複数選択可)

①新型コロナウイルスの濃厚接触者として、保健所の健康観察の対象である。

はい いいえ

②当てはまる症状があれば、教えてください。(ある：○、ない：×、をつけてください)

| | | | |
|-------------|--|------------|--|
| 37.5 度以上の発熱 | | 強いだるさ(倦怠感) | |
| 咳 | | 味がわかりにくい | |
| 鼻汁 | | 臭いがわかりにくい | |
| のどの痛み | | 吐き気・嘔吐 | |
| 息苦しさ | | 下痢 | |

以下は、②の症状の一つ以上当てはまる方のみお答えください。

③14 日以内に大人数 (100 人以上) 集まるイベントに参加していた、もしくは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) の機会があった。

はい いいえ

④14 日以内の海外、下記都道府県※への移動歴がある。

はい いいえ

⑤同居家族に 14 日以内の海外、下記都道府県※への移動歴がある。

はい いいえ

北海道、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県

※都道府県については、静岡県が発表する「県境を跨ぐ行動制限」により変更されます