

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。

(本人) はい (同伴者) はい (本人・同伴者ともに) 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)

	本人	同伴者		本人	同伴者
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。

(本人) はい (同伴者) はい (本人・同伴者ともに) いいえ

④本人および同伴者に 14 日以内の海外、下記都道府県※への移動歴がある。

(本人) はい (同伴者) はい (本人・同伴者ともに) いいえ

⑤ (本人および同伴者の) 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。

(本人) はい (同伴者) はい (本人・同伴者ともに) 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