

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

令和 年 月 日

お名前

質問 1. 以下の質問について「はい」か「いいえ」のいずれかに○をつけてください。

- 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、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との接触歴はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ③ 2週間以内に、海外への渡航歴はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ④ 2週間以内に、いわゆる「3密」となる機会がありましたか？ (はい ・ いいえ)

質問 2. 以下の症状について、ある場合は「はい」に○、ない場合は「いいえ」に○をつけてください。

①	2週間以内の発熱(37.5度以上)		⑤	息苦しさ	はい・いいえ
	はい・いいえ		⑥	強いだるさ	はい・いいえ
	本日の体温	(度)	⑦	ににおいがわかりにくい	はい・いいえ
②	のどの痛み	はい・いいえ	⑧	味がわかりにくい	はい・いいえ
③	鼻水	はい・いいえ	⑨	吐き気・おう吐	はい・いいえ
④	咳・痰	はい・いいえ	⑩	下痢	はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。検診受付時に提出をお願いいたします。

お答えいただいた内容によって、医療者から詳細を確認させていただく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

※**必ず当日の体調を記載**し、「はい」に○がつく方は、**来院せずに**検診受付へご連絡をお願いいたします。

栃木県立がんセンター検診受付
TEL.028-658-5151(代表)