

感染対策問診票

1. 症状〔**以前からある症状とは別に下記の症状で当てはまる症状**があれば、
右のボックスにチェック☑ をお願いします〕

発熱・風邪のような症状・喉の痛み・咳・痰・呼吸困難・倦怠感・嗅覚/味覚異常 嘔気・嘔吐・下痢・新たな発疹・筋肉痛・関節痛 その他（ ）	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

2. 接触歴〔下記の内容で当てはまる内容があれば、右のボックスにチェック☑ を
お願いします〕

本人	接触歴	1 週間以内でコロナ患者、又は他の感染症患者との濃厚接触あり (疾患名：)	<input type="checkbox"/>
同居人	接触歴	1 週間以内でコロナ患者、又は他の感染症患者との濃厚接触あり (疾患名：)	<input type="checkbox"/>

身体所見（体温 37.5 度以上の場合は右のボックスにチェック）

体温	°C <input type="checkbox"/>
----	-----------------------------