

新型コロナウイルス感染防止のための問診票

※お願い 事前にご記入のうえ受付までお持ちください。

お名前		体温	健診時に当日記入します ℃
-----	--	----	------------------

該当する項目にチェック ☒ し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> ①過去14日以内に、3密（密閉・密集・密接）または疑わしい場所を訪れた。 訪問日 2020年 月 日 場所（ ）	←左記 項目に 該当無
<input type="checkbox"/> ②過去14日以内にコロナウィルス陽性者になった人と接触した。 接触日 2020年 月 日 場所（ ） ・接触者との関係：家族・職場・知人・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> ③過去14日以内に、保健所からコロナウィルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/> ④同居人または職場に自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/> ⑤過去14日以内に、海外渡航歴がある。 国名（ ） 帰国日：2020年 月 日	
<input type="checkbox"/> ⑥同居人または職場に過去14日以内に、海外渡航歴がある人がいる。 国名（ ） 帰国日：2020年 月 日	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ⑦同居人または職場などに過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 接触した場所（ ） 状況（ ）	
<input type="checkbox"/> ⑧過去14日以内に夜の接待を伴う店に行きましたか。 また、感染者が報告された場所に行きましたか。	
<input type="checkbox"/> ⑨過去14日から本日までの、ご自身の症状が該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <div> <input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> においが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み </div> 上記の症状が発生した日：2020年 月 日	
<input type="checkbox"/> ⑩過去14日から本日までの、同居または職場の人が該当する場合は項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <div> <input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> においが分かりにくい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み </div> 上記の症状が発生した日：2020年 月 日	

⑪過去14日の体温を記入してください。

9月 5日	℃	9月12日	℃
9月 6日	℃	9月13日	℃
9月 7日	℃	9月14日	℃
9月 8日	℃	9月15日	℃
9月 9日	℃	9月16日	℃
9月10日	℃	9月17日	℃
9月11日	℃	9月18日	℃

※ご協力ありがとうございました。

役員による当日検温

°C 測定者