

## 問診票

患者氏名：	病室：	号室
面会日：	年	月 日
面会者氏名：	続柄：	

①本日の体温：（ ）°C	
②あなたの同居者で風邪症状(発熱等)がある方はいますか？	いいえ・はい
③2週間以内に新型コロナウイルス感染症と確定された人との接触がありましたか？	なし・あり
④新型コロナワクチン接種を何回受けられましたか？	回
⑤2週間以内にあなたに下記の症状がありましたか？	
発熱：	なし・あり（ ）°C
咳：	なし・あり
のどの痛み：	なし・あり
頭痛：	なし・あり
関節痛：	なし・あり
下痢：	なし・あり
吐き気・嘔吐：	なし・あり
倦怠感：	なし・あり

## 問診票

患者氏名：	病室：	号室
面会日：	年	月 日
面会者氏名：	続柄：	

①本日の体温：（ ）°C	
②あなたの同居者で風邪症状(発熱等)がある方はいますか？	いいえ・はい
③2週間以内に新型コロナウイルス感染症と確定された人との接触がありましたか？	なし・あり
④新型コロナワクチン接種を何回受けられましたか？	回
⑤2週間以内にあなたに下記の症状がありましたか？	
発熱：	なし・あり（ ）°C
咳：	なし・あり
のどの痛み：	なし・あり
頭痛：	なし・あり
関節痛：	なし・あり
下痢：	なし・あり
吐き気・嘔吐：	なし・あり
倦怠感：	なし・あり