

新型コロナウイルス感染症抗体検査に関する問診票

日付：令和2年 月 日 患者様ID： _____

(ふりがな)
氏名： _____ 生年月日： _____

住所： _____ TEL： _____

体温 _____ °C

➤ 当てはまるものにチェックをしてください

	質問	お答え	
①	新型コロナウイルス感染者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、海外に滞在しましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に発熱やせきが出てきた人と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	2週間以内に50名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
⑤	2週間以内に、流行地域に滞在しましたか？	はい	いいえ
		地名 ()	
⑥	2週間以内に県内・外によらず、換気が悪く密閉された場所に行って、飲食、会話、集会、運動、カラオケ、ライブハウス、パチンコ、マスク無しでの満員電車・バスへの乗車などをしましたか？	はい	いいえ

➤ 当てはまる症状がありますか？ (ある ○、ない ×をつけてください)

①	発熱 (≥37.5℃)		⑦	強いだるさ (倦怠感)	
②	のどの痛み		⑧	臭いがわかりにくい	
③	鼻水		⑨	味がわかりにくい	
④	せき		⑩	吐き気・嘔吐	
⑤	痰 (たん)		⑪	下痢	
⑥	息苦しさ		⑫	頭痛	