

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

Ver.6

※健診当日にご記入の上ご持参ください。※

以下の項目をチェックしてください。

1.	息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、 高熱等の強い症状のいずれかがある	いいえ ・ はい
2.	味覚・嗅覚障害などの症状がある	いいえ ・ はい
3.	熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く	いいえ ・ はい
4.	重症化しやすい方（※）で、発熱や咳などの 比較的軽い風邪の症状がある	いいえ ・ はい
5.	同居者に発熱あるいはせき（呼吸器症状）のある人 がいる	いいえ ・ はい
6.	2週間以内に5人以上が参加する飲み会に出席した	いいえ ・ はい
7.	2週間以内にバー・ナイトクラブなど接待を伴う飲食店に 行った	いいえ ・ はい

（※）高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD 等）等の基礎疾患がある方や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

※上記に「はい」が1つでも該当する場合、健診・診療のご受診を延期いただく場合がございます。

令和 年 月 日 ()

氏 名 (満 歳)

男 ・ 女 (妊娠なし ・ あり)

基礎疾患 なし ・ あり ()