問　診　票　　　　　　　　　　ID

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

１．以下の症状であてはまるものにチェック（☑）ないし記載してください（複数選択可）。

　□発熱　（最高　　　℃）□のどが痛い、おかしい　　□咳　　□痰　　□鼻水　　□息苦しい

□体がだるい　□関節や筋肉が痛い　□吐き気　□嘔吐　□下痢　□においがわからない

□味がしない　□その他（具体的に；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．いつから症状がありますか？

　発熱　　　月　　日から　　月　　日まで（または□今も熱あり）

　　解熱剤は　□使った　　□使わず　（薬の名前がわかれば：　　　　　　　　　）

　発熱以外の症状は　　月　　日から

３．ご職業にチェック（☑）ないし記載してください。勤務地もご記入してください。

　□会社員　□公務員　□自営業　□サービス業　□医療／福祉関係　□専業主婦(夫)　□パート

□アルバイト　□なし　　□その他（　　　　　　　　）　　　　　勤務地（　　　　　　　　　）

４．日常生活で以下のような行動がありましたか？（複数選択可）

　□他人と１ｍ以内の距離で15分以上マスクなしで会話した

□食事会をした

□手指衛生をせずに顔や口、鼻、目を触った

　□該当なし

５．今回の症状が出る前の２週間以内に山口県外に行きましたか？

　□行った　　　　□行っていない　　　国内：都道府県・市名 （ 　　　　 ）

６．２週間以内に以下の施設やイベントに行かれましたか？（複数選択可）

□スポーツクラブ　□ライブハウス　□入湯施設　□介護施設　□お祭り　□夜の街　□旅行　□海

□プール　□バーべキュー　□カラオケ　□していない

　（差し支えなければ施設やイベント名を　　　　　　　　　　　　　　　）

７．治療中の病気があれば教えてください。

　□なし

□あり　　病名と医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　抗がん剤　　　　□あり　　□なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　免疫抑制剤　　　□あり　　□なし

８．本日はどのように来院されましたか？ご家族様と来院されましたか？

　□徒歩　　□車　車種（　　　　　）　ナンバー（　　　　）　色（　　　　）□その他（　　　　）

　□本人のみ　□父　□母　□祖父　□祖母　□その他（　　　　）

＊質問は以上です。ありがとうございました＊