

感染症に関する問診票

記載月日 令和 年 月 日

感染拡大防止のためご協力ください。

雄勝中央病院

氏名

生年月日

体温

°C

質問の回答らんの「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけてください。

本日、発熱や咳、咽頭痛などの症状がある	はい	いいえ
7日以内に発熱や、咽頭痛などの症状があった	はい	いいえ
本日、嘔吐や下痢など胃腸炎症状がある	はい	いいえ
10以内に新型コロナウイルスに感染した	はい	いいえ
7日以内に同居家族が新型コロナウイルスに感染した	はい	いいえ

その他、感染症に関して気になることや伝えたいことがありましたら、記入してください。

例) 職場や学校で感染症が流行中である。クラスターが発生している。など

ご協力ありがとうございました。 令和5年5月作成