

## 紹介患者 問診票

記入日：令和 年 月 日

患者様名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日 (満 歳)

新型コロナウイルス感染症の拡大予防の為、ご協力お願いいたします。

以下の当てはまる方を○で囲んでください。

1. 2週間以内に下記症状がありましたか？

37.5℃以上の発熱	あり ・ なし	息苦しさ	あり ・ なし
せき	あり ・ なし	味やにおいの異常	あり ・ なし
たん	あり ・ なし	だるさ	あり ・ なし

2. 濃厚接触歴について (2週間以内)

海外や福島県外の方との濃厚接触	あり ・ なし
※ありの場合 場所：	
新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし

※濃厚接触・・・同居・長時間の接触・2m以内でマスク等なしでの対話・唾液等への接触等

3. 行動・滞在歴について (2週間以内)

海外や福島県外への移動・滞在	あり ・ なし
※ありの場合 場所： いつ頃：	

4. その他連絡事項があれば、ご記入下さい 《例》同居で具合の悪い方がいる等