新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力お願い致します。

転院・紹介
付添・来院者用

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)関連問診票

患者さん氏名		記入日	令和　　年　　月　　日
付添者 来院者氏名	続柄（　　）	本日の体温	.　　℃

●新型コロナワクチン接種歴　（　該当するところに〇をつけてください　）

接種していない　・　接種した　（　　回　）

接種日を教えてください　：　令和　　年　　月　　日（　最終接種日　）

※　来院される際に、ワクチン接種記録をお持ちください。

●確認事項　（　①～④は、ご本人及び同居者の発症日の 14 日前からの行動歴確認　）

① 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　□なし　□あり
（内容　　）

② 移動や滞在歴（県外、県内の流行市町村、海外）　□なし　□あり
（地域　　）

③ 職業または趣味などで同居者以外の人との接触　□なし　□あり
（内容　　）

④ 同居していない方とのカラオケや屋内スポーツ、飲食・アルコール提供店や風俗店、会議など多数が集まる場所、習い事などの行動歴　□なし　□あり
（内容　　）

※以下のあてはまる方を〇で囲んで下さい。「あり」に〇を付けた方は、詳細を記入してください。

●体調について

発熱	あり（　　℃）　・　なし
ありの場合　いつから	日から
せき	あり　・　なし
たん	あり　・　なし
呼吸苦（息苦しさ）	あり　・　なし
倦怠感（体のだるさ）	あり　・　なし
味やにおいを感じない	あり　・　なし
のどの痛み	あり　・　なし
鼻水	あり　・　なし
頭痛	あり　・　なし

※　来院当日までの間に、体調に変化があった場合は来院前にご連絡ください。

ご協力ありがとうございました。

公益財団法人仁泉会　北福島医療センター
保原中央クリニック