

一般用

新型コロナウイルス感染症に関する質問票

新型コロナウイルスに関連して、**受診者と送迎引率者・同居家族**のいずれか一人でも次の項目にあてはまる場合は「はい」を、誰もあてはまらない場合は「いいえ」をチェックしてください。

お名前： 年齢： 歳 か月	通学先 又は 勤務先	
女性の方：妊娠中ですか？—はい・いいえ	自宅での抗原検査の有無	実施していない / 実施した⇒結果（ ）
結果連絡先電話番号 - -	コロナワクチン接種歴	未 / 済 年 月 日 頃（ 回目済） 【ファイザー or モデルナ】

1. 現在ある症状を全てチェックしてください。

●発熱 月 日 時頃から（ °C）

月 日 時（ °C） *今回の発熱での最高体温は？

日 今朝（ °C） 日 時 °C

●咳・鼻汁・咽頭痛・関節痛・味覚 or 嗅覚異常・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・倦怠感・その他（ ）

月 日 時頃から

2. あなたの通学先・勤務先等で新型コロナウイルス感染症は発生していますか？

はい

いいえ

または過去にありましたか？

いつ頃： _____

3. 新型コロナウイルスに感染している方や濃厚接触者に該当する方と

接触機会はありましたか。

はい

いいえ

【誰（関係性）： _____

いつ頃： 月 日頃】

4. 2週間以内に同居ご家族の中に症状のある方はいらっしゃいますか。

【誰： _____ いつから： 月 日頃から 症状： _____】 はい

いいえ

5. 2週間以内の外出先を教えてください。（例以外でも思い当たる場所は全て教えてください）

（例：大規模ショッピングモール・映画館等・日帰り温泉・動物園やテーマパーク等。

部活動・スポーツクラブや習い事等。冠婚葬祭事への出席・友人、知人との会食・親族との会食等）

【場所： _____ 移動日： 月 日頃】

6. 2週間以内に宿泊を伴う移動（旅行・出張など）はありましたか。

【場所： _____ 滞在期間： 月 日 ~ 月 日まで】 はい

いいえ

7. 直近1か月以内に海外に滞在された方はいらっしゃいますか。

【国名： _____ 滞在期間： 月 日 ~ 月 日まで】 はい

いいえ

8. 持病について：なし / あり（病名： _____） 薬名（ _____）

念のためご同居のご家族についてお尋ねします

	コロナワクチン接種歴	仕事内容（具体的に）	勤務地・通学先など	通勤・通学手段
父又は夫	未 / 済（ 年 月 回目）		都内 or 県内→横浜市・（ 市）/ 在宅勤務	電車・バス・車・その他（ ）
母又は妻	未 / 済（ 年 月 回目）		都内 or 県内→横浜市・（ 市）/ 在宅勤務	電車・バス・車・その他（ ）
子ども 兄弟 高齢者等	未 / 済（ 年 月 回目）	続柄： _____	都内 or 県内→横浜市・（ 市） *通園先名・学校名を教えてください	電車・バス・車・その他（ ）