

## 福島赤十字病院 COVID-19 関連問診票

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力をお願いいたします。

医療機関名

記入日 年 月 日

患者氏名

本日の体温：

以下のあてはまる方を○で囲んでください。  
「あり」の場合は、詳細を記入お願いします。

## 1. 2週間以内の体調について

●発熱（37.0℃以上）	あり・なし	●頭痛	あり・なし
●咽頭痛・咽頭イライラ感	あり・なし	●鼻汁	あり・なし
●呼吸苦（息苦しさ）	あり・なし	●せき	あり・なし
●倦怠感（体のだるさ）	あり・なし	●たん	あり・なし
●味やにおいを感じない	あり・なし	●下痢	あり・なし
ありの場合：			

## 2. 2週間以内の行動歴について

●福島県外への移動・滞在	あり・なし
ありの場合	国・都道府県・地域名： 期間：
●会食・冠婚葬祭・カラオケ・イベント等大人数が集まる場所への参加	あり・なし
ありの場合	場所： 期間：

## 3. 2週間以内の接触歴について

●ご本人・ご本人と同居している方にPCR検査を受けた、受ける予定、結果待ちの方がいる	はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ：
●ご本人・ご本人と同居している方の職場や学校等でコロナウイルス感染症、またはその疑いのある方がいる	はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ：

## 4. 新型コロナワクチン接種歴について

●新型コロナワクチンを接種していますか？	はい・いいえ
はいの場合	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日

※受診当日までの期間に、記載した項目に変化があった場合はご連絡ください。

ご協力ありがとうございました。

福島赤十字病院 地域医療連携室 2021/8月作成版

## 福島赤十字病院 COVID-19 関連問診票

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力をお願いいたします。

医療機関名

記入日 年 月 日

患者氏名

付添者氏名

続柄（ ）

本日の体温：

以下のあてはまる方を○で囲んでください。「あり」の場合は、詳細を記入お願いします。

## 1. 2週間以内の体調について

●発熱（37.0℃以上）	あり・なし	●頭痛	あり・なし
●咽頭痛・咽頭イライラ感	あり・なし	●鼻汁	あり・なし
●呼吸苦（息苦しさ）	あり・なし	●せき	あり・なし
●倦怠感（体のだるさ）	あり・なし	●たん	あり・なし
●味やにおいを感じない	あり・なし	●下痢	あり・なし
ありの場合：			

## 2. 2週間以内の行動歴について

●福島県外への移動・滞在	あり・なし
ありの場合	国・都道府県・地域名： 期間：
●会食・冠婚葬祭・カラオケ・イベント等大人数が集まる場所への参加	あり・なし
ありの場合	場所： 期間：

## 3. 2週間以内の接触歴について

●お付き添いの方・お付き添いの同居者の方でPCR検査を受けた、受ける予定、結果待ちの方がいる	はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ：
●お付き添いの方・お付き添いの同居者の方の職場や学校でコロナウイルス感染症、またはその疑いのある方がいる	はい・いいえ
はいの場合	誰： いつ：

## 4. 新型コロナワクチン接種歴について

●新型コロナワクチンを接種していますか？	はい・いいえ
はいの場合	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日

※受診当日までの期間に、記載した項目に変化があった場合はご連絡ください。  
ご協力ありがとうございました。