

感染予防のためご協力をお願いします。

問 診 票 (外出用)

令和 年 月 日

氏 名 _____

以下の内容について該当する箇所に☑をご記入下さい。
お答えいただいた内容によっては、外出できない場合があります。

I. 本日を含めて4日以内の体調についてお伺いします。

- | | | |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 発熱 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある (月 日から 月 日まで)
(最高体温 _____℃) |
| 咳症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 味・においの異常 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 嘔吐・下痢症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| からだがだるい | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| その他(鼻水・頭痛など) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある (_____) |

II. 10日以内に新型コロナウイルス感染症と診断されましたか？

ない ある

III. 5日以内にインフルエンザと診断されましたか？

ない ある

体温 _____℃

ご協力ありがとうございました。