

【感染症を疑う問診票】

会社・学校所在地

会社・学校名

1.どのような症状がありますか？（例：発熱や咳、関節痛、倦怠感、その他）

発熱 咳 関節痛 倦怠感 その他

2.味覚や匂いに対する障害はありますか？ はい いいえ

3.その症状はいつから始まりましたか？ から始まった

①その症状は悪化していますか？ はい いいえ

②その症状が始まる前の10日間に、感染するような行動や環境にありましたか？具体的に教えてください
（例えば、多くの人が集まるような集会や外食、カラオケ、歯科や耳鼻科などの医療機関を受診、お見舞いで病院に行った、旅行、バスやタクシーの利用などです）

4.あなたが最も心配していることを教えてください
（例：感染していないかと心配、同居している家族が心配、仕事をしてよいのか心配など）

5.検査や治療についての具体的な希望はありますか？（例：採血検査、レントゲンCT検査など）。

6.あなたは他の病気で治療をしていますか？
かかりつけ医といつも内服しているお薬があれば教えてください（お薬手帳を見せてください）

7.お薬やアルコールのアレルギーはありますか？ はい いいえ

8.タバコ（喫煙者ですか？） はい いいえ

9.どのようなお仕事なのか具体的に教えてください（日常生活でも他人との接触の機会が多いですか？）。

10.最近、海外旅行や海外の人と接することがありましたか。 はい いいえ

11.同居しているご家族はどのような人がいますか？
（そのご家族は、他人との接触の機会が多いようですか？）。また、その人はお元気ですか？

12.電話で保健所の相談センターなどに相談をしましたか。 はい いいえ

13.ここに来た経緯を教えてください
（例：普段から通院しているから、誰かに紹介された、インターネットで調べた、その他など）