

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

下記の事項を確認いただくようご理解・ご協力をお願いします。

現在状況 : 令和 年 月 日

氏名 : _____

該当する項目があれば○を付けてください

質問	答え
新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいた・接触したことがありますか	はい
同居人または学校（職場）に自宅隔離を要請されている人がいる	はい
1ヶ月以内に発熱と咳が出ていた人と一緒にいたことがありますか （家族・学校・職場）	はい
1ヶ月以内に海外渡航した人と接触がありますか	はい
1ヶ月以内に10人以上が集まるイベントに参加しましたか	はい
1ヶ月以内に、現在の居住地から県外に行きましたか	はい（場所：_____）

以下の症状がありますか？（はい、もしくは、いいえ）に○印を付けてください

発熱がある	はい	いいえ
のどの痛み	はい	いいえ
鼻水	はい	いいえ
咳・痰（たん）	はい	いいえ
頭痛	はい	いいえ
強いだるさ（倦怠感）	はい	いいえ
息苦しさ	はい	いいえ
臭いがわかりにくい	はい	いいえ
吐き気・嘔吐	はい	いいえ
下痢	はい	いいえ

※「はい」が1つでもあれば、
実習受入担当（076-246-5600）までご相談願います。
尚、この用紙「新型コロナウイルス感染症に関する問診票」を実習初日にご持参
ください。