新型コロナウイルス感染症に関する問診票

①	3週間以内に新型コロナウイルス感染症の検査をしたことがある。	いいえ　・　はい

①で『はい』と回答された方のみこちらをご記入ください。

検査日　令和　　年　　月　　日	
検査方法	ＰＣＲ検査　・　抗原検査
検査結果	陰性　・　陽性
陽性になった方に伺います	
退院あるいは療養解除後に再検査を行いましたか	いいえ　・　はい
再検査結果を教えてください	陰性・陽性・不明

①で『いいえ』と回答された方はこちらをご記入ください。

②	現在同居者に新型コロナウイルス感染症の陽性反応があった方がいる。	いいえ　・　はい
③	息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある。	いいえ　・　はい
④	味覚・嗅覚障害などの症状がある。	いいえ　・　はい
⑤	熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く。	いいえ　・　はい

令和　　年　　月　　日（　　）

氏　名　　（満　　歳）

男　・　女