

医療機関名 \_\_\_\_\_

ご紹介患者さんへ 新型コロナウイルス・インフルエンザ健康調査ご協力をお願い

氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

詳細を直接伺う場合の連絡先 \_\_\_\_\_ 電話番号 携帯/自宅 \_\_\_\_\_

1 本日の体温 \_\_\_\_\_ °C  37.0度未満である

2 2週間以内の症状について 該当に○をつけてください。

症状項目	症状「あり」の場合はいつからか記入	
鼻水 鼻づまり	なし・あり	
咳 くしゃみ 痰	なし・あり	
のどの痛み	なし・あり	
体のだるい感じ	なし・あり	
頭痛	なし・あり	
関節痛	なし・あり	
味覚異常 嗅覚異常	なし・あり	
下痢 嘔気 おう吐	なし・あり	

3 新型コロナウイルス感染症関係

① 2週間以内の新型コロナウイルス感染者、濃厚接触者との接触歴 (なし・あり)

② 2週間以内の県外への移動歴 (なし・あり/いつどこへ)

③ 2週間以内の県外の人との接触歴※ (なし・あり/いつどのように)

※お互いマスクをして2m以上離れて15分以内の接触を除く

④ 新型コロナウイルスの検査の実施 (なし・あり)

・PCR・抗原・抗体検査 いつ どこで 結果(陰性・陽性)

・胸部レントゲン写真・CT いつ どこで 結果(異常なし・ )

⑤ 家族や周囲の37度以上の発熱者 (なし・あり)

4 インフルエンザ関係

① 直近7日以内のインフルエンザ患者との接触歴 (なし・あり)

② インフルエンザ予防接種を受けましたか(10~3月のみ) (はい/ 月 日頃・いいえ)

5 上記3-①および4-①の接触歴「あり」の場合は、接触者の状況を教えてください。

接触者	該当に○ 接触の程度を記入
同居している家族	
別居している家族	
職場 学校 保育所・幼稚園 デイサービス ショートステイ	
集団の行事(町内の集まりなど) その他( )	