

研修 (年 月 日 会場)

新型コロナウイルス 問診票

年 月 日

お名前 _____

研修当日の体温 _____ °C

該当する項目があればチェック(☑)し、必要事項を記載してください。

<p>1) 過去7日以内に、新型コロナウイルス陽性になった人と接触した。</p> <p><input type="checkbox"/> 接触日: 年 月 日 接触した場所:()</p> <p>接触者との関係:(家族・職場・知人・その他)</p>	左記項目に 該当無し												
<p><input type="checkbox"/> 2) 同居人に、自宅隔離を要請されている人がいる。</p>	<input type="checkbox"/>												
<p>3) 過去7日以内に海外渡航歴がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 国名:() 帰国日: 年 月 日</p>													
<p>4) 7日前から本日までの間に、ご自身に、該当する症状がある場合はチェック(☑)を入れてください。</p> <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)</td><td><input type="checkbox"/> 喉の痛み</td><td><input type="checkbox"/> 頭痛</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 咳</td><td><input type="checkbox"/> 臭いを感じない</td><td><input type="checkbox"/> だるさ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 息苦しさ</td><td><input type="checkbox"/> 味がわからない</td><td><input type="checkbox"/> その他、気になる症状</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 鼻汁</td><td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td><td>()</td></tr></tbody></table> <p>※上記の症状が発生した日: 月 日</p>	<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 臭いを感じない	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> その他、気になる症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 下痢症状	()	左記項目に 該当無し
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛											
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 臭いを感じない	<input type="checkbox"/> だるさ											
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> その他、気になる症状											
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 下痢症状	()											
<p>5) 7日前から本日までの間に、同居の人に該当する症状がある場合は チェック(☑)を入れてください。</p> <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)</td><td><input type="checkbox"/> 喉の痛み</td><td><input type="checkbox"/> 頭痛</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 咳</td><td><input type="checkbox"/> 臭いを感じない</td><td><input type="checkbox"/> だるさ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 息苦しさ</td><td><input type="checkbox"/> 味がわからない</td><td><input type="checkbox"/> その他、気になる症状</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 鼻汁</td><td><input type="checkbox"/> 下痢症状</td><td>()</td></tr></tbody></table> <p>※上記の症状が発生した日: 月 日</p>	<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 臭いを感じない	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> その他、気になる症状	<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 下痢症状	()	左記項目に 該当無し
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛											
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 臭いを感じない	<input type="checkbox"/> だるさ											
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 味がわからない	<input type="checkbox"/> その他、気になる症状											
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 下痢症状	()											

ご協力いただき、ありがとうございました。