

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に関連し、ご協力お願いいたします。

COVID-19関連問診票

お名前

記入日

年 月 日

以下のあてはまる方を○で囲んでください。

「あり」に○をつけた方は、詳細を記入願います。

○ご自身の体調について

発熱（37.5℃以上）	あり ・ なし
せき	あり ・ なし
たん	あり ・ なし
息苦しさ	あり ・ なし
体のだるさ	あり ・ なし
味やにおいを感じない	あり ・ なし
下痢	あり ・ なし

○ご自身の同居者や周囲の方（職場や学校等）の体調について（14日以内）

上記体調の症状がある方はいますか		いる ・ いない
いるの場合	どういふご関係の方ですか	
	どのような症状ですか	
	その方の福島県以外への移動や滞在はありましたか	あり ・ なし

○ご自身の移動・滞在について（14日以内）

福島県以外への移動・滞在		あり ・ なし
ありの場合	国・県・地域名	
	期 間	

○新型コロナワクチンの接種歴について

新型コロナワクチンを接種しましたか		はい ・ いいえ
はいの場合	最終接種年月日	年 月 日

※来院当日までの期間に体調に変化があった場合や、記載内容に変更があった場合は、来院前に御連絡ください。

ご協力ありがとうございました。

福島県立医科大学附属病院