

COVID-19感染対策のための問診票・検温表

患者様用

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

●1週間の体温の記録と症状の有無 ※症状があれば○をお願いします。

症 状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	来院日
体 温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
頭 痛							
咽頭痛							
鼻 水							
咳・痰							
腹 痛							
倦怠感							
息切れ・呼吸苦							
味覚・嗅覚異常							

●入院前 介護サービスの利用 無 ・ 有

サービス内容 ( \_\_\_\_\_ )

◆ご自身または同居者がCOVID-19に感染したことがありますか？

いいえ はい ( 本人・同居者 / いつ 月 日 )

◆COVID-19のワクチンを受けましたか？

いいえ  
はい (最終接種日 / 月 日 回目)

◆転院2週間前～転院当日までの、コロナ陽性者発生状況について

病棟内での発生 無

有 ( 発生日 / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )  
 同室者 無 有  
 スタッフ 無 有

記入者： 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_