問診票は、最初に行かれる場所（診察・検査を受ける場所）へご提出ください

新型コロナウイルス感染症に関する共通問診票（Type C）

来院目的：□診察 □付添い 面会（□医師からの呼出 □その他）□入院 □その他（　　）

日付：令和4年　　月　　日　診察券番号（患者ＩＤ）：□□□－□□□－□

患者氏名：　　診療科：

付き添い・面会者・その他の方の氏名：

Ａ：当てはまるものにチェックをしてください

	質問	お答え	
①	2週間以内に、あなた、または、同居の家族が新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか ？	はい	いいえ
②	2週間以内に、多人数が集まる換気の悪い密閉された場所（カラオケ、スナックなど）に行きましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に、宮城県外（海外も含む）に滞在しましたか ？	はい	いいえ
		地名（　　）	
④	2週間以内に、同居のご家族でかぜ症状の方はいましたか？	はい	いいえ
⑤	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症（PCR・抗原検査等）の検査をうけましたか？	はい	いいえ

Ｂ：当てはまる症状がありますか？（ある ○、ない ×をつけてください）

①	発熱（≥37.0℃）		⑦	のどの痛み	
②	せき		⑧	筋肉痛	
③	強いだるさ（倦怠感）		⑨	痰	
④	食欲不振		⑩	頭痛	
⑤	息切れ		⑪	吐き気・嘔吐	
⑥	臭い・味がわかりにくい		⑫	下痢	