

感染症関連問診票

(本人・患者家族)

記入日: 年 月 日

氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
続柄	本日の体温	. °C

ご自身が1週間以内に下記症状や接触者歴等がありましたか
以下の当てはまる方を○で囲んでください

★症状

37.0°C以上の発熱	あり なし	咳	あり なし
痰	あり なし	頭痛	あり なし
のどの痛み	あり なし	鼻水	あり なし

★接触歴

1週間以内に同居家族のコロナ またはインフルエンザ陽性者がいましたか	いる いない
1週間以内に同居家族以外のコロナ陽性者・ インフルエンザ陽性者との接触がありましたか	あり なし

※受診当日までの期間に記載された項目に変化があった場合はご連絡ください

福島第一病院 地域連携室

(2023年5月8日改訂)