新型コロナウィルス感染症に関する調査票

（各項目に「はい」または☑がある場合や、出発時体温が 37.5℃以上の場合は受付でその旨を報告ください。）

記入日：令和　　年　　月　　日

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＩＤ（＿＿＿）

◎ １か月以内に海外へ渡航されましたか。　はい　いいえ

「はい」と答えた場合

渡航地域 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（例：中国 湖北省、イタリア ヴェネト州 など）

渡航期間 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎ １か月以内に新型コロナウィルス感染者が発生した
店舗・病院等を訪問されましたか。　はい　いいえ　わからない

「はい」と答えた場合

訪問地域 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（例：東京都 ○○区、○○県○○市 など）

訪問時期 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎ １か月以内に新型コロナウィルス感染症であることが確定した患者、
またはその疑いがある者と 2 メートル以内で接触しましたか。　はい　いいえ

「はい」と答えた場合

接触時期 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎ 以下の症状がありますか。また 2 週間以内に症状がありましたか。
(該当するものに☑をつけてください)

本人	同居者	
☐	☐	発熱(37.5℃以上) ＿＿＿℃
		解熱剤を服用していますか。　はい　いいえ
		「はい」と答えた場合
		服用時期 ＿＿＿＿＿＿＿＿
☐	☐	呼吸器症状（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐	☐	発疹（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐	☐	消化器症状（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐	☐	神経症状（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
☐	☐	その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

出発時体温（必ず計測してきてください） ＿＿＿℃（参考：平熱＿＿＿℃）