記入日

問　診　票

氏名　　電話番号

今日の体温：

1. 呼吸器症状について教えてください。
   ①　咳はありますか？　　はい　　いいえ

   ②　痰は出ますか？　　はい　　いいえ

   ③　息切れはありますか？　　はい　　いいえ

2．味覚・嗅覚異常はありますか？　　はい　　いいえ

1.2 で『はい』とお答えの方ご記入ください。
上記症状はいつから出ていますか？　　（例　昨日から、1 週間前から）

3.それ以外の体の具合について気になることはありますか？　　はい　　いいえ

『はい』とお答えの方は具体的にお答えください。

---

4. 2 週間以内に新型コロナウイルス流行地域（直近 1 週間の人口 10 万人当たりの新感染者数の割合が 2.5 人以上の地域）への往来はありましたか？

   はい　　いいえ

5. 2 週間以内に新型コロナウイルス流行地域への往来をした者との接触はありましたか？

   はい　　いいえ

＊記入のうえ、当日ご持参ください。受付で集めます。

信州木曽看護専門学校