

新型コロナウイルス関連問診票

氏名		体温	自宅	℃
住所/連絡先	住所 連絡先		会場	℃
記入日	令和 年 月 日			
新型コロナウイルス（COVID-19）ワクチン接種		あり ・ なし		

以下の項目に対してお答えしてください。

(1) 10日以内にご自身に下記の症状はありましたか。

37.5℃以上の発熱	あり・なし	※発熱ありの場合（体温 ℃）	
咳・痰	あり・なし	味・においの異常	あり・なし
頭痛	あり・なし	下痢	あり・なし
息苦しさ	あり・なし	だるさ	あり・なし

(2) 7日以内に同居または職場の人に下記の症状はありましたか。

37.5℃以上の発熱	あり・なし	※発熱ありの場合（体温 ℃）	
咳・痰	あり・なし	味・においの異常	あり・なし
頭痛	あり・なし	下痢	あり・なし
息苦しさ	あり・なし	だるさ	あり・なし

(3) 7日以内の接触歴について

上記(1)の症状ありの人との濃厚接触	あり・なし・不明
感染者との濃厚接触	あり・なし・不明
同居人や職場の人に隔離要請された人がいる。	あり・なし・不明

※濃厚接触：同居・長時間接触・2m以内でマスクなしでの対話など

(4) 10日以内の行動歴について

海外への移動・滞在	あり・なし
※ありの場合 場所：	いつ頃：
3密（密閉・密集・密接）または疑わしい場所を訪れた	あり・なし
※ありの場合 場所：	いつ頃：

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

※ この問診票は、受講担当者に提出してください。