

# 問診票

避難所へお越しの際は、事前にこちらの問診票をご記入のうえご持参くださいますようお願いいたします。

記入日 令和 年 月 日

連絡先①(携帯): \_\_\_\_\_

連絡先②(自宅等): \_\_\_\_\_

注) 避難される方についてお答えください。避難されるご家族全員分の記入をお願いいたします。

	1	2	3	4
氏名				
年齢/性別	歳 男・女	歳 男・女	歳 男・女	歳 男・女
妊娠の有無	有( か月)	有( か月)	有( か月)	有( か月)
	無	無	無	無
通院・服薬の有無	有(理由: ) (薬名: )	有(理由: ) (薬名: )	有(理由: ) (薬名: )	有(理由: ) (薬名: )
	無	無	無	無
発熱の有無	有 ( 日前から 度程度)	有 ( 日前から 度程度)	有 ( 日前から 度程度)	有 ( 日前から 度程度)
	無	無	無	無
風邪症状の有無	有→(咳・鼻水・頭痛・ のどの痛み・その他 )	有→(咳・鼻水・頭痛・ のどの痛み・その他 )	有→(咳・鼻水・頭痛・ のどの痛み・その他 )	有→(咳・鼻水・頭痛・ のどの痛み・その他 )
	無	無	無	無
味覚異常や嗅覚異常の有無	有→味覚異常・嗅覚異常 ( 日前から)	有→味覚異常・嗅覚異常 ( 日前から)	有→味覚異常・嗅覚異常 ( 日前から)	有→味覚異常・嗅覚異常 ( 日前から)
	無	無	無	無
嘔吐・下痢の有無	有→嘔吐・下痢 ( 日前から)	有→嘔吐・下痢 ( 日前から)	有→嘔吐・下痢 ( 日前から)	有→嘔吐・下痢 ( 日前から)
	無	無	無	無
新型コロナウイルス感染者との接触の有無	濃厚接触あり(※参照) →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触あり(※参照) →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触あり(※参照) →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触あり(※参照) →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)
	濃厚接触ではないが接触あり →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触ではないが接触あり →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触ではないが接触あり →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)	濃厚接触ではないが接触あり →最終接触時期 (令和 年 月 日頃)
	無	無	無	無

**※濃厚接触の定義**

- ・患者と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった方。
- ・適切な感染防護無しに患者を診察、看護もしくは介護していた方。
- ・患者の気道分泌液もしくは体液などの汚染物質に直接触れた可能性が高い方。
- ・手で触れることのできる距離(目安として1メートル)で、必要な感染予防策なしで、患者と15分以上の接触があった方。

その他

こちらより下の欄は会場で記入いたします。ご協力ありがとうございました。

体温

度

度

度

度

座席番号: ( )

受付日時: 令和 年 月 日 時 分