

新型コロナウイルス感染症対策問診票

【1】連絡先

※新型コロナウイルス感染症に関する対応のため、研修終了後にこの問診票に記入していただいた連絡先に連絡する場合がございます。ご承知おきください。

お名前	(ふりがな)
ご住所	〒 _____ 市・町・村
電話番号	() _____

【2】体調について

(はい or いいえ) に○印をつけてください。なお、1つでも“はい”のある方は、本日の講座の受講をお控えください。ご協力よろしくお願ひいたします。

1	発熱 (37.5℃以上) 当日体温 (℃)	はい	いいえ
2	咳 (せき)	はい	いいえ
3	息苦しさ	はい	いいえ
4	強いだるさ (倦怠感)	はい	いいえ
5	のどの痛み	はい	いいえ
6	鼻水・鼻づまり	はい	いいえ
7	味がわかりにくい	はい	いいえ
8	嗅いがわかりにくい	はい	いいえ
9	目の痛み・結膜の充血	はい	いいえ
10	頭痛	はい	いいえ
11	下痢	はい	いいえ
12	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
13	過去2週間以内に海外や感染が流行している地域へ行きましたか？	はい	いいえ
14	自身が新型コロナウイルス感染者・濃厚接触者であったり、保健所から外出を控えたり体調に注意するよう依頼されていますか？	はい	いいえ