

新型コロナウイルス感染症関連問診票 **受診時にご提出ください。**

記号	番号	事業所名	記入日

フリガナ		現在の体温	℃
氏名			

新型コロナウイルス感染症に関連し、以下のあり・なしいずれかに該当する方を○で囲んでください。

(1) 2週間以内に下記症状がありましたか？

症状	有 無	症状	有 無
① 平熱より高い体温 または37.5℃以上の発熱	あり ・ なし	⑦ 吐き気・嘔吐	あり ・ なし
② せき	あり ・ なし	⑧ 解熱剤の使用	あり ・ なし
③ たん	あり ・ なし	⑨ だるさ	あり ・ なし
④ 息苦しさ	あり ・ なし	⑩ 関節・筋肉痛	あり ・ なし
⑤ 味やにおいの異常	あり ・ なし	⑪ 鼻水(花粉症以外)	あり ・ なし
⑥ 下痢	あり ・ なし	⑫ のどの痛み	あり ・ なし

上記(1)の設問で1つでも「あり」がある方は、下記の(2)～(4)までの設問に対しご記入ください。

(2) 2週間以内の接触歴について

◆上記(1)の症状がある方との濃厚接触	あり ・ なし ・ 不明
◆海外や神奈川県外の方との濃厚接触	あり ・ なし ・ 不明
※(ありの場合) 場所:	
◆新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触	あり ・ なし ・ 不明

※濃厚接触・・・同居・長時間の接触、2m以内マスクなしでの対話、唾液などへの接触など

(3) 2週間以内の行動歴について

◆海外や神奈川県外への移動・滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所:                      いつ頃:	
◆人が10人以上集まる場所への滞在	あり ・ なし
※(ありの場合)場所:                      いつ頃:	

(4) 注意すべき持病について

◆ 糖尿病、心不全、呼吸器疾患、腎臓病・透析、 免疫抑制剤・抗がん剤の使用	あり ・ なし
※ありの場合 疾患へ○をつけてください。	

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

横浜港運健康保険組合 健康管理室