

御中

南砺市新型コロナウイルス感染症確認シート

問診日(受付):令和 年 月 日()

検査希望者

氏名	(ふりがな) ()	男・女	生年月日 (歳)	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
住所	〒 ー 南砺市			
自家用車	ナンバー -	色	車種	携帯電話番号 (駐車場到着時 の連絡先) - - (本人・関係 :氏名)

問診

<検査希望者本人>

申請当日	体温	. °C (平熱 . °C)	<input type="checkbox"/> 37.5°C未満
	症状あり	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 症状なし
2週間以内	症状あり	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 症状なし
	海外・国内流行地域への移動	<input type="checkbox"/> あり 場所: 期間: 月 日~ 月 日	<input type="checkbox"/> なし
	新型コロナウイルス感染者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり 接触日: 月 日頃 関係:親族(配偶者・子・孫・ひ孫・ 他(友人・職場の人・	<input type="checkbox"/> なし
	新型コロナウイルス濃厚接触者との濃厚接触	<input type="checkbox"/> あり 接触日: 月 日頃 関係:親族(配偶者・子・孫・ひ孫・ 他(友人・職場の人・	<input type="checkbox"/> なし
	※ 3密に該当する場所での15分間以上の滞在	<input type="checkbox"/> あり 場所: 滞在日 月 日頃	<input type="checkbox"/> なし

<同居者>

2週間以内	配偶者・子・孫・ひ孫・他()	<input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 症状なし (同居者なしも含む)
	配偶者・子・孫・ひ孫・他()	<input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 症状なし (同居者なしも含む)

※3密:換気の悪い密閉空間、多数が集まる密集場所、間近で会話や発声を有する密接場面

検査対象者の条件

検査委託医療機関への個人情報提供を承諾する。
問診項目が、全て新型コロナウイルス感染症疑いに該当しない。

受付者:健康課保健係

保健師