

**性虐待被害児の診察トレーニング2020**（2021年1月17日開催）

**新型コロナウイルス 問診票**

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

研修当日の体温 \_\_\_\_\_ °C

該当する項目があればチェック(☑)し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 1) 過去14日以内に、三密(密閉・密集・密接)の場所または三密が疑われる場所を訪れた。 訪問日: 2020年 月 日 訪れた場所: ( )	左記項目に 該当無し  <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2) 過去14日以内に、新型コロナウイルス陽性になった人と接触した。 接触日: 2020年 月 日 接触した場所: ( ) 接触者との関係: (家族・職場・知人・その他) ( )	
<input type="checkbox"/> 3) 過去14日以内に、保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/> 4) 同居人または職場(同部署)に、自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/> 5) 過去14日以内に海外渡航歴がある。 国名: ( ) 帰国日: 2020年 月 日	
<input type="checkbox"/> 6) 同居人または職場(同部署)に、過去14日以内に海外渡航歴がある人がいる。 国名: ( ) 帰国日: 2020年 月 日	左記項目に 該当無し  <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7) 同居人または職場(同部署)などで、過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 接触した場所: ( ) 接触した状況: ( )	
8) 14日前から本日までの間に、ご自身に該当する症状がある場合はチェック(☑)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 臭いを感じない <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> その他、気になる症状 ( ) <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 下痢症状 ※上記の症状が発生した日: 月 日	左記項目に 該当無し  <input type="checkbox"/>
9) 14日前から本日までの間に、同居または職場(同部署)の人に該当する症状がある場合はチェック(☑)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上) <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 臭いを感じない <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> その他、気になる症状 ( ) <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 下痢症状 ※上記の症状が発生した日: 月 日	

ご協力いただき、ありがとうございました。