

## 入院質問票（患者さん・ご家族用）

※入院日当日の体調を下記に記入してご持参ください。  
※主治医が許可した面会者も含めて各自1枚記入してください。

1. 1週間以内に下記に該当するものがありましたか。 あり なし  
「あり」の方は該当するものにすべてチェックをしてください。

新型コロナウイルス陽性と診断された（診断日： 月 日）

37.5℃以上の発熱

最高体温（ °C）、期間（ 月 日から 日間）

のどが痛い・せきや痰など風邪の症状がある

そのほかの風邪症状がある（ ）

2. 5日以内に新型コロナウイルスに感染している方と下記のような接触がありましたか。 あり なし

「あり」の方は該当するものにすべてチェックをしてください。

家庭内で同居

お互いにマスクなしで、手が触れるくらいの距離で15分以上会話した  
（一緒に食事など）

3. 新型コロナワクチン接種を受けましたか。 はい いいえ

「はい」の方は最終接種日を教えてください。（最終接種日； 年 月 日）

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 入院日の体温 \_\_\_\_\_ °C

診療科 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（患者本人・家族 / その他）