

# 新型コロナ対策のPPEで対応したワクチン接種に来られる方に対する問診票

接種日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別： 男 ・ 女 携帯番号 \_\_\_\_\_

37 以上の発熱はありましたか	いいえ	はい	いつからですか _____ 月 _____ 日から 最高何度ありましたか _____
セキやタンはありましたか	いいえ	はい	いつからですか _____ 月 _____ 日から
のどの痛みはありましたか	いいえ	はい	いつからですか _____ 月 _____ 日から
臭いや味覚の異常はありましたか	いいえ	はい	いつからですか _____ 月 _____ 日から
2人以上の人と、きちんと鼻までマスクをかけない状態で会話になった事はありましたか	いいえ	はい	
今のご自分の状態は ” コロナ感染かも知れないと不安 ” ですか？	いいえ	はい	
新型コロナウィルス感染者と一緒にいた事がありますか	いいえ	はい	
1ヶ月以内に海外に行きましたか	いいえ	はい	
2週間以内に、家や職場などで 発熱、咳、痰がある方と一緒にいた事がありますか	いいえ	はい	
家族以外の人と話をする時、話す相手の9割以上の人といつでも、必ずマスクを鼻まで着けて、会話の終わりまでマスクを外さずにいますか	いいえ	はい	
最近、東京などの流行地や他府県から、戻ってきた家族はいますか	いいえ	はい	どこからですか _____
2週間以内にマスクをせずに 3密 (換気の悪い密閉空間、多くの人が密集する場所、近距離での密接な会話)の機会はありましたか？ 例：職場の休憩室 ジムなどの更衣室 会食 カラオケ 夜の歓楽街・・・など	いいえ	はい	いつからですか _____ 月 _____ 日から
新型コロナワクチンの接種は済みましたか	いいえ	はい	はいの場合 1回 2回 3回 4回 最終のワクチン接種日 _____ 月 _____ 日