

## 問 診 票

○2週間以内の体調を問診票に記入し、試験当日に提出してください。

○各項目に該当される□部分にチェックを付けてご提出願います。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

1. 2週間以内に、下記の症状がありましたか。

あり なし

↓ありの場合、該当するものにチェックしてください（複数可）。

発熱（37.5℃以上） \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間 最高体温 \_\_\_\_\_℃

熱がでるので解熱剤で対応している \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい

におい、味がわかりにくい

2. 2週間以内に、新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

あり なし

↓ありの場合、該当するものにチェックしてください（複数可）。

感染者と同居、車内や航空機内等で2メートル以内での長い時間の会話

マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。

3. 2週間以内に、北海道外や新型コロナウイルス多発している地域、外国（中国、韓国、ヨーロッパ、アメリカなど）に行きましたか。

あり なし

↓ありの場合、詳細をご記入ください。

国内：県、市名（ \_\_\_\_\_ ） 外国：国名（ \_\_\_\_\_ ）

4. 2週間以内に、感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

あり なし