

新型コロナウイルス感染症に関する質問票

(提出先: 西澤センター1階事務室前入れ物)

学外の方、及び県外に居住する方は、入館の都度、提出ください。
学内の方は、2020年5月以降、初めて入館する場合、提出ください。
2Fまたは3Fクリーンルームを使われる方は、クリーンルーム入室前に3階居室に立ち寄り、管理表にも記入してください。

日付: 令和 年 ___ 月 ___ 日

ご所属: _____

お名前: _____

本日の体温: _____ °C 検温した時間 _____ :

➡ 当てはまるものにチェックをしてください

A

	質問	お答え	
		はい	いいえ
①	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	2週間以内に、海外に滞在しましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	2週間以内に、緊急事態宣言対象地域に滞在しましたか？ ※該当される方は、受入担当者の了解を得てください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	2週間以内に県内・外によらず、換気が悪く密閉された場所 (カラオケ店、ライブハウス等)での飲食、集会などの行為、 マスク無しでの満員電車・バスへの乗車などをしましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➡ 当てはまる症状がありますか？ (ある○、ない×をつけてください)

B

①	発熱	<input type="checkbox"/>	⑦	強いだるさ (倦怠感)	<input type="checkbox"/>
②	のどの痛み	<input type="checkbox"/>	⑧	臭いがわかりにくい	<input type="checkbox"/>
③	鼻水	<input type="checkbox"/>	⑨	味がわかりにくい	<input type="checkbox"/>
④	せき	<input type="checkbox"/>	⑩	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>
⑤	痰 (たん)	<input type="checkbox"/>	⑪	下痢	<input type="checkbox"/>
⑥	息苦しさ	<input type="checkbox"/>	⑫	頭痛	<input type="checkbox"/>

東北医科薬科大学病院問診票 https://www.hosp.tohoku-mpu.ac.jp/data/top/covid_questionnaire.pdf を一部改変

西澤センターにおける感染症防止対策を理解し、遵守します。

(確認のチェックをお願いします。)