新型コロナウィルス感染防止に関する問診票

全ての項目を記入し、試験当日に受付へご提出ください。

令和　　年　　月　　日　　受験番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■受験当日　朝の体温（　　℃）　　受付時の体温（　　℃）※受付で検温します。

既往歴・自覚症状

	質　　問	お答え	
①	本日または２週間以内に発熱（３７．５℃以上）がありましたか。	はい	いいえ
②	本日または２週間以内に次の症状がありましたか。 咳、咽頭痛、頭痛、鼻水、悪寒、下痢、腹痛、吐き気・嘔吐、 倦怠感、呼吸困難、嗅覚・味覚異常 その他（　　）	はい	いいえ
③	２週間以内に５０人以上が集まるイベントに参加しましたか。	はい	いいえ
④	２週間以内に新型コロナウィルス患者やその疑いがある患者（同居者・学校内・職場内での発熱を含む）との接触がありましたか。	はい	いいえ
⑤	２週間以内に居住地のある県以外の都道府県（海外含む）への往来がありましたか。（当広域組合の試験を受験するための移動も含みます。）	はい	いいえ

※ご協力、ありがとうございました。

大曲仙北広域市町村圏組合