

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

感染拡大防止のため、以下の問診を実施しておりますので、ご記入をお願いします。

令和 年 月 日

受験番号 _____

氏 名 _____

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、のどの痛み、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イ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。