

2 0 2 3 年 8 月

院外からの学生・職員用

問診票

記載日： 年 月 日 体温： °C

来院内容：見学・実習・入職ほか（ ）

来院部署名：

現在所属する病院・学校名等：

氏名：

1. 来院日前日までの1週間以内に以下の症状で該当するものがあればチェックしてください（複数可）

☐発熱（37.5℃以上） 日から 日間

☐のどが痛い ☐せきが出る

☐息苦しい

2. 3週間以内に新型コロナウイルスに罹患したことがある

☐あり（発症日： ）

3. 1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。

☐なし

☐あり

以上