

Questionnaire/ 問診票

記入者 所属
氏名

NAME/患者氏名	SEX/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性	<input type="checkbox"/> Female/女性
	AGE年齢/年齢	age/歳	

今天有什么症状？（如果有多项的相关症状，请全部划勾。）

/今日はどのような症状がありますか。（複数ある方は複数☑してください。）

- Fever/发热
 Wheezing/ 气喘
 Cough/咳嗽
 Phlegm/痰
 Chest Pain/ 胸痛
 Shortness of breath/呼吸困難
- Recommended by another medical institution(including medical examination.)/
 其它诊疗机构让我来此就诊（包括体检）
- Other/其它： []

该症状是从什么时候开始的？

/この症状はいつからありますか。

- 发烧/発熱 年/年 月/月 日/日 上午/午前、下午/午後 点/時 分左右开始/分ごろから
- 咳嗽/咳 年/年 月/月 日/日 上午/午前、下午/午後 点/時 分左右开始/分ごろから

从2019年年末至今，有没有得过流感。

/2019年年末頃から現在にかけて、ご自身がインフルエンザにかかりましたか。

- 否/いいえ 是/はい

周围有没有此类症状的人

/まわりに同様の症状の方はいますか。

- 否/いいえ 是/はい ⇒ [比如：孩子得了流感等/例 子どもがインフルエンザに係っている等]

发病两周内是否去过关东・关西地区，或在疾病流行地区逗留？

/発症から2週間以内に関東・関西地域など流行地域を訪問・滞在しましたか。

- 否/いいえ 是/はい

请告知停留时间和目的

/滞在期間・目的を教えてください。

停留时间/滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日

停留目的/滞在目的 【 】

作为参考，请告知在中国去过、停留过的地方。

/参考にお聞かせください。上記以外での訪問・滞在場所があれば教えてください。

停留地/滞在場所 【 】 停留时间/滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日

停留地/滞在場所 【 】 停留时间/滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日

是否和以下人员有过两米以内的近距离接触？

・疾病流行地区的原因不明肺炎患者・疑似患者

/ * 流行地域の原因不明肺炎の患者、またはその疑いがあるがある患者と2メートル以内で接触しましたか。

- 否/いいえ 是/はい