英語/ENGLISH

# Questionnaire/ 問診票

記入者　所属
　　氏名

| NAME/患者氏名 | | SEX/性別 | ☐ Male/男性　☐ Female/女性 |
|---|---|---|---|
| | | AGE年齢/年齢 | age/歳 |

**What kind of symptoms do you have?**
**/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/発熱　☐ Wheezing/ぜーぜー言う　☐ Cough/咳　☐ Phlegm/痰　☐ Chest Pain/胸痛　☐ Breathlessness/息苦しさ

☐ Recommended by another medical institution(inckuding medical examination.)/他の医療機関から受診するように勧められた（健診含む）

☐ Other/その他：（　　）

**How long have you had these symptoms?**
**/この症状はいつからありますか。**

☐ Fever/発熱 _____ yera/年 _____ month/月 ____ Day/日 rning/午前、Afternoon/午 ____ time/時

☐ Cough/咳 _____ year/年 _____ month/月 ____ Day/日 上午/午前、下午/午後 ____ time/時

**Have you contracted influenza since the end of 2019 up till now?**
**/2019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。**

☐ No/いいえ　☐ Yes/はい

**Are there any individuals around you sharing these symptoms?**
**/まわりに同様の症状の方はいますか。**

☐ No/いいえ　☐ Yes/はい　⇒（EX：A child has influenza 子どもがインフルエンザに係っている等）

**Did you visit the Kanto and Kansai regions within two weeks of showing these symptoms?**
**/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。**

☐ No/いいえ　☐ Yes/はい

**Please tegll us the length and reason for your visit.**
**/滞在期間・目的を教えてください。**

Length of Stay/滞在期間 _____ year /年 ____ month /月 ____ Day/ 日 ～ _____ year /年 ____ month /月 ____ Day /日

Reason/滞在目的 【　　】

**Other than the Kanto and Kansai regions, did you visit other places outside of Ehime?**
**/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。**

Place/滞在場所 【　　】 Length of Stayay滞在期間 ____ Y年 ___ M月 ___ D日 ～ ___ Y年 ___ M月 ___ D日

Place/滞在場所 【　　】 Length of Stay滞在期間 ____ Y年 ___ M月 ___ D日 ～ ___ Y年 ___ M月 ___ D日

**＊Have you been within 2 meters of an individual showing symptoms of pneumonia for unknown reasons in high profile regions (Kanto and Kansai region)?**
**/＊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。**

☐ No/いいえ　☐ Yes/はい