

氏名()

【問診票】

該当する項目に○をつけてください。

ここ1週間のあなたの状況について教えてください。

1. ご自身が新型コロナウイルスに罹患した はい いいえ

2. 家族など同居者が新型コロナウイルスに罹患した はい いいえ

3. 新型コロナウイルス罹患者と接触した(食事をした ・ 長時間一緒にいた など)
はい いいえ