

# 質問票 问诊票 Questionnaire

記入日 / 記載日期 / Date of signature : Month 月 / Date 日

氏名 / 姓名 / Name : \_\_\_\_\_

● 次の症状について該当する欄に 『  』 (チェック) を記入してください。

如有下列症状请打 『  』。

Please check any of the following symptom.

係記入

	°C
--	----

発熱 (37.5°C以上) / 发烧 (37.5°C以上) / fever (over 37.5°C)	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>
咳・のどの痛み / 咳嗽・喉咙痛 / Cough, Sore throat	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>
息切れ / 呼吸困難 / Shortness of breath	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>
味覚異常 / 味覚障碍 / Dysgeusia	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>
倦怠感 / 倦意 / Feeling of tiredness	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>
咳止め、解熱鎮痛薬を服薬している 服用过镇咳、退烧、镇痛的药物 Please check any of the medications as antipyretic or antitussive.	はい/是/Yes <input type="checkbox"/>	いいえ/否/No <input type="checkbox"/>

● 過去 14 日以内に、新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航した。

または居住していた人と濃厚な接触があった。

14 天以内是否去过被确定为新型冠状病毒感染症的流行地区，或者与居住于该地区的人有过密切的接触。

Close contact with people traveling or living in areas where outbreaks of nCoV infection have been confirmed within 14 days.

はい/是/yes

いいえ/否/No

◎ 私は別紙に記載された利用上の注意事項を理解し、これを遵守します。

我阅读并同意了另纸的注意事项。

I promise to abide by the item listed the attached sheet.

署名/签名/Signature \_\_\_\_\_