

# Questionario per Pazienti/Accompagnatori

Nome

Cognome

---

---

Email

Telefono

---

---

## Questionario per i sintomi

	Si	No	Non lo so
Ha mal di gola?			
Tosse?			
Ha difficoltà a respirare?			
Ha la febbre?			
Ha la nausea?			
Ha la diarrea?			
Ha perso l'olfatto o il gusto?			

Lei o qualcun altro nella sua famiglia è risultato positivo al COVID-19?

Si     No

Lei o qualcuno della sua famiglia avete viaggiato da / per l'estero negli ultimi 14 giorni?

Si     No

E' stato in contatto fisico con qualcuno che potrebbe essere risultato positivo al COVID-19?

Si     No

Firma

---