

新型コロナウイルス感染症拡大に伴う受診前問診票

14日以内の患者さん及び付添の方の状況について、該当するものを「○」で囲んでください。

* 本日、当院入館時または受付にて検温をしましたか？ (はい ・ いいえ)

① 発熱 (37.5 度以上) はありましたか？ (はい ・ いいえ)

② 咳^{せき}はありましたか？ (はい ・ いいえ)

③ のどの痛みはありましたか？ (はい ・ いいえ)

④ 息苦しさはありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑤ 強いだるさはありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 「におい」または「あじ」に異常はありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑦ 「3密」状態での会食・集会等に参加しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑧ 海外へ渡航しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑨ 上記項目 (①から⑧) に該当する人と接触しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑩ 東海3県 (愛知・岐阜・三重) 以外に滞在しましたか？ (はい ・ いいえ)

滞在した都道府県:() 滞在理由:(居住 ・ その他)

上記事項に相違ありません。 令和 年 月 日

フリガナ:

患者氏名: _____ 年齢 ()

フリガナ:

付添者氏名: _____ 年齢 ()