

新型コロナウイルス感染症拡大に伴う受診前問診票

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 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？ (※患者さんのみご回答ください)

(1回接種済み ・ 2回接種済み ・ 接種予約済み ・ いいえ)

以下の項目は、14日以内の状況についてご回答ください。

② 発熱(37.5度以上)はありましたか？ (はい ・ いいえ)

③ ^{せき}咳はありましたか？ (はい ・ いいえ)

④ のどの痛みはありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑤ 息苦しさはありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 強いだるさはありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑦ 「におい」または「あじ」に異常はありましたか？ (はい ・ いいえ)

⑧ 「3密」状態での会食・集会等に参加しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑨ 海外へ渡航しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑩ 上記項目(②から⑨)に該当する人と接触しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑪ 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)

滞在場所：() 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 ()