

新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

記入日： 年 月 日

本日受診の患者様、付き添いの方、ご家族の状況について、
下記の①から⑩までお答えください。

ID： _____

フカナ：

患者氏名： _____ 様 (診察前体温： _____ ℃)

患者様ご本人

- ① 2週間以内に熱があった（おとな 37.0℃以上、子ども 37.5℃以上）
 いいえ はい
- ② 咳、強いだるさ、息苦しさ、のどの痛みがある
 いいえ はい
(症状： _____)
- ③ 味やにおいを感じにくい
 いいえ はい
- ④ 2週間以内に県外へ行ったことがある
 いいえ はい
(行った場所： _____)
- ⑤ 2週間以内に県外へ行き来した方と、15分以上会話したことがある
 いいえ はい
- ⑥ 新型コロナウイルスに感染した人、または疑いのある人との接触歴がある
 いいえ はい
- ⑦ 新型コロナウイルスに罹^{かか}ったことがある
 いいえ はい
- ⑧ 新型コロナウイルスのワクチン接種
 未 済み (接種日 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日)

本日付き添われている方、およびご家族の状況

(付添人の体温： _____ ℃)

- ⑨ 上記①～⑦にあてはまる人がいる
 いいえ はい
(状況： _____)
- ⑩ 本日付き添われている方の新型コロナウイルスのワクチン接種
 未 済み

当院では、患者様の診療等において特に必要な感染予防対策を講じて、院内感染防止等に留意した対応を行っており、診察料・入院料に反映しております。

必要に応じ、詳細についてお話を伺う場合がございます。院内感染防止に、ご理解・ご協力をお願いいたします。