

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

お名前

記入日

患者様に安心安全な医療を提供するための問診票となります。

該当項目によっては、担当医の判断にて本日の診療をお断りする場合がございますが、新型コロナウイルス感染拡大防止にご理解、ご協力のほど、お願い申し上げます。

以下、1～9をご確認の上、該当項目に○印と署名をお願い致します。

1. 37.5℃以上の発熱・咽頭痛・咳・鼻水・下痢などいつもと違う症状がある。
2. 現在、同居する人に発熱・咽頭痛・咳・鼻水・下痢などの症状がある。
3. 現在、ご自身または同居する人が自宅隔離を要請されている。
4. 過去14日以内に味覚・嗅覚障害がある。
5. 過去14日以内に海外、または県外への移動がある。(県)
6. 過去14日以内に海外、または県外への移動や滞在歴のある方との同居、濃厚接触歴がある。(県)
7. 過去14日以内に屋内で5人以上での飲食、イベントに参加したことがある。
8. 新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある者との接触がある。
9. 新型コロナ感染症の検査を受けた、または陽性と診断されたことがある。

※ 濃厚接触(例)・・・同居あるいは長時間の接触がある。手で触れることのできる距離(1m以内)で15分以上の接触がある。
マスクをせずに2m以内の距離で対面、会話した。
唾液に直接触れた可能性が高い 等

該当なし

来院当日までの期間に体調に変化があった場合は、来院前にご連絡ください。
ご協力ありがとうございました。