

問診者	処置者	介助者
-----	-----	-----

# 感染拡大防止のための受診当日問診票 本日の体温          度

当院ではすべての患者さんに以下の問診票をご協力いただき新型コロナウイルスの感染拡大防止に努めてまいりたいと思います。何卒ご協力のほどよろしくお願い致します。

はい いいえ に指差ししてください。

1、新型コロナウイルス感染症の検査を受けた。

「はい」の方は経緯を教えてください。

	はい	いいえ
2、 これまでに新型コロナウイルス感染者 またはその疑いがある方との接触がある	はい	いいえ
3、 現在、同居する人に自宅隔離を 要請されている方がいる	はい	いいえ
4、 2週間以内に発熱、強いだるさ、息苦しさ、 喉の痛み、咳などの風邪様症状があった。	はい	いいえ
5、 2週間以内に下痢もしくは食欲不振があった。	はい	いいえ
6、 2週間以内に匂いや味が分かりにくい症状があった	はい	いいえ
7、 2週間以内にご家族にの4-6のいずれかの症状があった	はい	いいえ
8、 2週間以内に海外から帰国した人との濃厚接触歴がある	はい	いいえ
9、 2週間以内に、屋内で50人以上が集まる 集会・イベントなどに参加したことがある	はい	いいえ
10、 1ヶ月以内に海外渡航した。	はい	いいえ

上記の記載に間違いありません。

年 月 日

ご署名

---