

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

＜当院内には抵抗力を持つことが出来ない新生児たちや、  
重症化リスクの高い妊婦さんたちがおられます。＞

＜院内では鼻まで**不織布マスク**をして、外さないようにお願いします。＞

記入日： 令和 年 月 日 ( )

診察券番号 ( )

体温 ( . °C)

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H 年 月 日

該当する回答に○を記入ください

質問事項	回答欄	
1. 「不織布マスク」を着用されていますか？	いいえ (お持ちでない方は受付で対応させていただきます)	はい
2. 手指アルコール消毒はお済ですか？	いいえ	はい
3. 14日以内に、咳や発熱(37.5℃以上)など 右記の症状がありましたか？	はい (症状に○を付けて下さい) 咳 鼻水 発熱 味覚障害 嗅覚障害 咽頭痛 呼吸困難	いいえ
4. 上記を「はい」と回答された方  症状が出てから <b>11日以上経過し</b> 、 その上で症状が消えてから <b>72時間以上経過</b> していますか？	いいえ  ○症状があった日 ( ) ○医療機関受診の有無 (あり・なし) ○医師に伝えたいこと ( )	はい
5. ご自身を含め、直近14日以内に 「海外へ渡航」、または「滞在歴」がある方 と接触されましたか？	ある  ○どなたが ( ) ○渡航場所 ( ) ○どのように接触されましたか？ ( )	ない
6. ご自身を含め、直近8日以内に 「新型コロナウイルス陽性者」または 「濃厚接触者」に認定された方と 接触されましたか？	ある  ○どなたが ( ) ○いつ頃 ( ) ○どのように接触されましたか？ ( )	ない
7. 体温測定を2回/日行っていますか？	いいえ	はい
8. 新型コロナワクチンを接種されましたか？	はい  ○ ( ) 回接種しました。	いいえ

※後日新型コロナウイルス検査で陽性と判明した場合は、必ず速やかに当院へご連絡ください。

ご記入が終わりましたらスタッフへお渡しく下さい。

問診票確認者	院長確認