

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⑥までお答えください。

ID： _____

フカサ：

患者氏名： _____ 様 (診察前体温： _____ ℃)

患者様ご本人

- ① 1週間以内に熱、のどの痛み、咳、鼻みず、息苦しさなどの症状がある
(おとな 37.0℃以上、子ども 37.5℃以上)
 いいえ はい ()
- ② 新型コロナウイルスに罹ったことがある
(^{かか})
 いいえ はい (年 月頃)
- ③ 2週間以内に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 (いつ 年 月 日頃)
- ④ 2週間以内に県外の往来、多人数の会食、イベントの参加等、新型コロナウイルスに感染するおそれのある行動歴がある
 いいえ はい ()
- ⑤ 新型コロナウイルスのワクチン接種
 未 済み 接種回数： _____ 回
(直近のワクチンの接種年月日 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： _____ ℃)

(本人との関係： 同居家族・その他)
(その他例： 同居していない親族・施設職員等を記入)

- ⑥ 上記①～④にあてはまる人がいる
 いいえ はい (状況： _____)

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。

2022.11.24改訂