

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⑧までお答えください。

ID： _____

フリガナ：
患者氏名： _____ 様 （診察前体温： _____ ℃）

患者様ご本人

- ① 1週間以内に熱があった（おとな 37.0℃以上、こども 37.5℃以上）
 いいえ はい
- ② 1週間以内に咳、息苦しさ、のどの痛み、鼻水などの症状がある
 いいえ はい （ _____ ）
- ③ 新型コロナウイルスに罹ったことがある
 いいえ はい （ _____ 年 _____ 月頃 ）
- ④ 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）
- ⑤ 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 （ _____ ）
- ⑥ 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）

- ⑦ 上記①～⑥にあてはまる人がいる
 いいえ はい
（状況： _____）
- ⑧ 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 接種回数： _____ 回

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。

2022.8月改訂