

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者様に安心・安全な医療を提供する為の問診になります。

該当項目が1つでもある場合、専門医療機関又は保健所にご相談頂き、当院への受診はお控えいただきますよう何卒宜しくお願い致します。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のためご協力いただきますようお願い致します。

《 当てはまる項目に○を付けてください 》

1・平熱以上の熱がある はい・いいえ

2・風邪症状（咳・痰・のどの痛み・だるさなど）がある はい・いいえ

3・息苦しさがある はい・いいえ

4・味覚・嗅覚障害がある はい・いいえ

5・4週間以内に海外渡航歴がある はい・いいえ

6・4週間以内に新型コロナウイルス感染者、または疑いのある方と接触がある

はい・いいえ

7・新型コロナウイルス感染者が発生した施設、イベントなどに訪れた

はい・いいえ

年 月 日

ご署名