新型コロナウイルス感染症に関する問診票

　感染対策強化のため問診票を作成致しました。当院へ患者さんをご紹介頂く際には、下記事項を確認いただくようご理解とご協力をよろしくお願い致します。

記載日　　　　　年　　　　月　　　　日

　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年齢

（質問１：紹介医療機関記載）

以下の事項について問診頂き、該当項目があった場合には、事前にお知らせください。該当項目があった場合、ご希望の日に予約を受けられない場合があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問 | お答え |
| ① | 新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？ | はい | いいえ |
| ② | 14日以内の県外への滞在歴や海外渡航歴がありますか？ある場合は場所：（　　　　　　　　　　　） | はい | いいえ |
| ③ | 厚南セントヒル病院へ受診までの間に県外や海外へ行かれるご予定がありますか？ | はい | いいえ |
| ④ | 14日以内に県外や海外へ行き、体調不良がある方と一緒にいたことがありますか？　　　　　ある場合は症状：（　　　　　　　　　　　） | はい | いいえ |
| ⑤ | 14日以内に県内・県外に限らず、3密になるような機会がありましたか？例：家族以外での複数人での飲食、集会参加、カラオケ、ライブ参加、マスクなしでの満員電車やバスへの乗車 | はい | いいえ |

（質問2：受診当日に患者さん本人が記載）

以下の症状が14日前から本日までの間にありましたか？『はい』もしくは『いいえ』に〇印をつけて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問 | お答え |
| ① | 発熱（37.5℃以上） | はい | いいえ |
| ② | 喉の痛み | はい | いいえ |
| ③ | 鼻水 | はい | いいえ |
| ④ | 咳 | はい | いいえ |
| ⑤ | 痰 | はい | いいえ |
| ⑥ | 息苦しさ | はい | いいえ |
| ⑦ | 強いだるさ | はい | いいえ |
| ⑧ | 匂いが分かりにくい | はい | いいえ |
| ⑨ | 味が分かりにくい | はい | いいえ |
| ⑩ | 吐き気・嘔吐 | はい | いいえ |
| ⑪ | 下痢 | はい | いいえ |

 **本日の体温　　　　　　　　℃**

　ご協力頂きありがとうございました。　　　　 厚南セントヒル病院