

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いたしました。当院で診察を行うにあたり、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願い致します。

令和 年 月 日

患者氏名

※現在あてはまる項目に✓をつけてください

【A】	37.5°C以上の発熱がある 体温 (°C)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	風邪症状がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	※ はい とお答えの方 下記有症状全てに○を記入して下さい のどの痛み 鼻水 せき 痰 息苦しさ 倦怠感 味覚障害 嗅覚障害	
	新型コロナワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> 接種済 () 回 <input type="checkbox"/> 未接種

【B】	同居家族にコロナ陽性者がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	同居家族に体調不良者がいる ※発熱、せき、のどの痛み等風邪症状	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2週間以内に新型コロナウイルス感染症又は濃厚接触者の方と一緒にいたことがありますか？（職場や友人等も含め）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

両毛病院