

# 新型コロナウイルス問診票

安全な医療の提供を行うため、ご協力をお願いします

記入日 月 日

名 前 様

受診される本人 付添者

## ① 14日以内に下記の症状がありましたか？

37.5℃以上の発熱	ある・なし	強いだるさ	ある・なし
咳	ある・なし	のどの痛み	ある・なし
痰	ある・なし	吐き気	ある・なし
息苦しさ	ある・なし	おう吐	ある・なし
味・においの異常	ある・なし	頭痛	ある・なし
下痢	ある・なし		

## ② 14日以内の接触歴について

上記①の症状がある方との接触	ある・なし・不明
ご家族や職場、学校など身近にコロナウイルスの感染者もしくは感染の可能性のある方がいる。	いる・いない・不明

## ③ 持病について 該当するものに○で囲んでください

糖尿病・心不全・呼吸器疾患・腎臓病・免疫抑制剤・抗癌剤の使用

※1つの項目でも該当する場合や不明な点がある場合は入場をお断りさせていただきます。

※この用紙は院内にいる間、受付票と一緒に持ちください。

2021年4月作成

スタッフ確認欄 (入場 可・否)		
看護師		
医師		