

問診票

ID

氏名 _____

本日の体温 _____℃ （皆様に院内での体温測定をお願いしています）

1. 以下の症状で該当するものにチェックをして下さい（複数可）

発熱（37.5℃以上） _____日から _____日間 最高体温 _____℃

熱が出るので解熱剤で対応している _____日から _____日間

のどが痛い せきが出る たんが出る 息苦しい 体がだるい

⇒上記の症状はいつからですか。 _____月 _____日 から

臭いがわからない 味がわからない

⇒上記の症状はいつからですか。 _____月 _____日 から

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

あり なし

感染者と同居、社内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話

マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。

感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した

3. 今回の症状が出る前の2週間以内に

渡航歴がある

渡航歴がある方と接触した

ライブハウス、スポーツクラブ、介護・老人ホーム、お祭りなど

人の集まる施設あるいはイベントに行った

どれも当てはまらない

4. 治療中の病気はありますか。

なし

あり ⇒ 糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に (_____)

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

ご協力ありがとうございます。ご記入終わりましたら受付へお渡しく下さい。