

新型コロナウイルス感染に対する問診表

記載日 年 月 日 氏名

新型コロナウイルス対策のため体調を伺わせて頂きます。以下の質問に詳しくご記入をお願いします。

●以下の症状がありますか？番号に○印を付けて下さい。○の場合は症状の期間を記入して下さい。

1	発熱 ()	7	倦怠感 ()
2	のどの痛み ()	8	食欲不振 ()
3	鼻水 ()	9	嗅覚異常 ()
4	咳 ()	10	味覚異常 ()
5	痰 ()	11	吐き気・嘔吐 ()
6	息苦しさ ()	12	下痢 ()

●今日から2週間前までに行った場所をすべて○印を付けて下さい。

1	飲食店での会食	4	カラオケ
2	スポーツジム	5	公共交通機関
3	ライブハウス	6	その他 ()

●あなたと長時間一緒にいる人(同居人・職場・学校の人など)の体調について教えてください。

今日から2週間前までに急に出てきた症状をすべて選んでください。以前からある症状で悪くなった場合は選んでください。

1	発熱 ()	8	食欲不振 ()
2	のどの痛み ()	9	嗅覚異常 ()
3	鼻水 ()	10	味覚異常 ()
4	咳 ()	11	吐き気・嘔吐 ()
5	痰 ()	12	下痢 ()
6	息苦しさ ()	13	その他 ()
7	倦怠感 ()	14	いずれの症状もない

上記に該当した人はどなたになりますか？ ()

以下のご協力をお願いします

- ・産科的に症状がない場合は、当院ではなく、内科受診をして下さい。
- ・当院受診の場合は、電話連絡の上、外来診療の最後の時間帯に来院して下さい。
- ・病院内ではなく、診察の順番までベルを持って車内待機をお願いしています。