

新型コロナウイルス感染症 院内感染防止対策

問診票

お手数をおかけいたしますが以下の内容を確認いただき、

『はい』、『いいえ』などの左の□に✓をお願い致します。

1. 風邪症状（頭痛、喉の痛み、咳）の症状がある

『はい』 『いいえ』

2. 37℃以上の微熱を含めた発熱がある

『はい』 『いいえ』

『はい』と記載いただいた方に質問です。発熱が認められたのは、何日前からですか？

『3日以内』 『4日以上』

3. 1ヵ月以内に新型コロナウイルスの患者や、その疑いのある患者や家族との濃厚接触（別表参照）があった

『はい』 『いいえ』

4. 強い倦怠感、息切れ、息苦しさがある

『はい』 『いいえ』

5. 明らかな誘因のない味覚・嗅覚異常がある

『はい』 『いいえ』

6. 明らかな誘因なく4－5日持続する下痢等の消化器症状がある

『はい』 『いいえ』

7. 2週間以内に海外渡航歴がある

『はい』 『いいえ』

_____年 月 日 ご署名_____

ご協力ありがとうございました。

上記項目にて、『はい』に☑がある方はお電話での診療に切り替える場合や、一度院外へご案内をさせていただきます場合もございます。その際は携帯電話を利用しての応対とさせていただきます。どうかご容赦下さいませ。申し訳ありませんが、新型コロナウイルス感染を広げないための対応です。何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。