

新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

当院に来院された、すべての患者様および付き添いの方に確認させていただきます。
 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、ご理解ご協力のほど宜しくお願いします。

令和 年 月 日

氏名 _____

※当院スタッフが記入します。

来院時の体温 _____℃

当てはまるものに○をしてください。

あなたは患者ですか？付き添いですか？ 患者 付き添い

A 本日より2週間以内のことについておうかがいします。

	質問	回答
①	2週間以内に、新型コロナウイルスに感染している人と一緒にいたことがありますか？	いいえ はい
②	2週間以内に、新型コロナウイルスの検査中の人と一緒にいたことがありますか？	いいえ はい
③	2週間以内に、海外にいましたか？	いいえ はい
④	2週間以内に、「海外に行った後、発熱や咳が出てきた人」と、一緒にいたことがありますか？	いいえ はい
⑤	2週間以内に、3密（換気の悪い密閉空間、多くの人々が密集する場所、近距離での密接な会話）の機会がありましたか？ 例：自宅外での複数人での飲食、宴会、カラオケ、コンサート、パチンコ、マスクなしでの満員電車・バスへの乗車など（保育園や学校、作業所は含みません）	いいえ はい
⑥	2週間以内に、三重県外に出ましたか？または、住んでいましたか？	いいえ はい ↓ (都道府県名：)
⑦	2週間以内に、三重県外にいた人と一緒にいたことがありますか？	いいえ はい ↓ (都道府県名：)
⑧	新型コロナウイルスのワクチン接種を受けましたか？または、受ける予定がありますか？	いいえ はい ↓ (1回目接種日(予定日): 2回目接種日(予定日):)

B 直近1週間で増えてきた症状はありますか？当てはまるものすべてに○をしてください。

①	発熱（いつもより高い）	⑤	強いだるさ
②	息苦しさ	⑥	臭いがわかりにくい
③	咳	⑦	味がわかりにくい
④	たん	⑧	すべてに該当なし