

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

発熱 _____日から_____日間 最高体温 _____℃

熱がで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 痰がでる いき苦しい 体がだるい

_____日前から においがわからない・わかりにくい

_____日前から 味がわからない・わかりにくい

2. 新型コロナウイルスに感染した方あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか。

なし あり

- 同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話
- 個人防護具なしで看護・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. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域(北海道、東京、愛知、大阪、神奈川など)や外国(中国、韓国、イタリア、ヨーロッパなど)に行きましたか。

なし あり

国内: 県、市名 () 外国: 国名 ()

4. 最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

なし あり

5. 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

ご協力いただきありがとうございました。しばらく、待合室でお待ちください。