新型コロナウイルス感染症に関わる問診票

当院では、新型コロナウイルス感染症対策として以下の確認をさせていただ

いております。感染対策上必要な場合には発熱外来での診察となります。

～　ご記入後、受付または病院スタッフへ提出してください　～

問１　2週間以内に岩手県以外の都道府県や他の国に滞在しましたか。

□　いいえ　　□　はい　　→　　都道府名（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　国名（　　　　　　　　　　　）

問２　新型コロナウイルス感染症発生地域在住の方や他の国の方と接触がありましたか。

□　いいえ　　□　はい

問３　家庭、職場、学校、保育園内等において、新型コロナウイルス感染症の感染（疑いを

含む）した方、または濃厚接触者の方と接触がありましたか。

　　　□　いいえ　　□　はい

【問１～３で　はい　に該当した方は、問４の記入をお願い致します。】

問４　　以下の行為のうち、当てはまる行為がある場合は、チェックしてください。

　　　□　①　上記の方と同居、または車内や航空機内等で、２メートル以内での長時間の会話

□　②　マスクや手袋などの個人用防護具なしで上記の方の看護・介護を行った

□　③　感染が疑われる方の痰や体液等に直接触れた

□　④　①～③に該当しない

問５　コロナワクチンの接種状況をお知らせください。

　　　□　ワクチン接種している　　（最終接種日：　　月　　日・　　回目）

□　ワクチン接種していない。

ご協力、ありがとうございました。

岩手県立中部病院