

お名前： _____

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 現在、熱・喉の痛み、咳はありますか。

いいえ はい

問2 1週間以内に、発熱、咳、鼻水、喉の痛み、倦怠感等の症状がありましたか。

いいえ はい

問3 家庭、職場、学校、保育園内等において、1週間以内に、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 以下のうち、当てはまる項目がある場合は、チェックしてください。

- ① 上記（問3）の方と同居している。
- ② 密閉空間（同じ部屋等）で、上記（問3）の方と2メートル以内での会話をした。
- ③ マスクや手袋などの個人用防護具なしで上記（問3）の方の看護・介護を行った
- ④ 感染が疑われる方の痰や体液等に直接接触した
- ⑤ ①～④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： 年 月・ 回目）※接種日は分かる場合のみ記載

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。