新型コロナウイルス感染に関する問診票

確認者

来院日：　令和　　　年　　　月　　　日

本日の来院目的：　□患者さま　( 外来 ・ 入院 )　□付き添い者　□その他

当院では、来院された患者さまに安全な医療の提供を行うために、コロナウイルス感染症

拡大予防のスクリーニングを行っておりますので、ご協力をお願いします。

|  |
| --- |
| **□　① 本日から過去1ヶ月以内に、新型コロナウイルス感染症と**  **診断された**  **□　② 本日から過去2週間以内に、「急に」でてきた症状がある**  **以前からある症状で悪くなった場合も含めて、全てに〇をつける**  **発熱　（　熱っぽさを含む　）　・　咳　・　息苦しさ　・　鼻水　・　倦怠感**  **のどの痛み　・　味を感じなくなった　・　匂いを感じなくなった**  いつぐらいから？ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  総合案内確認済  　　 時 　　分済  **□　上記①に該当せず、②の症状は全てない**  **新型コロナウイルスのワクチン予防接種を受けた**  □１回目( ／ )　　　□２回目( ／ ) |

(スタッフ記入欄)　　当院での体温　（　　　　　　　　　　　　℃）

発熱外来を受診する場合は**氏名**と**患者ID**を記入

※**救命救急センターへのお付き添いの方は氏名・続柄を記入（続柄（関係）： 　　　　）**

氏名（　　　　　　　　　　　　） 患者ID（　　　　　　　　　　　　）

この用紙は、**外来受診**、**検査**、**面会時など院内にいる間**は、**必ずお持ちください**。

帰宅時は、**院内の回収箱**にいれるか、**ご自身で廃棄**されるようにお願い致します。

**＊発熱外来受診や入院時、日帰り手術、内視鏡時などは裏面もご記入ください。**

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院　　2021年7月5日改定

表面の症状に当てはまる場合は、下記の項目にお答えください。

**＊発熱外来受診や入院時、日帰り手術、内視鏡時などは裏面もご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①**本日から2週間以内**に、行った場所を全て選択してください。  その他には、人が密集するような場所が  あれば記入してください。 | □　飲食店での会食（ナイトクラブ、キャバクラなど接客を伴うものなどを含む）  □　スポーツジム  □　ライブハウス  □　カラオケ  □　いずれにも行っていない  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②**本日から2週間以内**に、行った行動を全て選択してください。 | □　通学していた（在宅授業を除く）  □　通勤していた（テレワークを除く）  □　他院に入院していた  □　福祉・介護施設に通院、入所していた  （訪問看護、訪問診療は除く）  □　いずれにも該当しない  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③前回入院していた病院に、新型コロナ  ウイルス感染症の患者さんはいました  か？ | □　いた  □　いない  □　わからない |
| ④**本日から2週間以内**に、保健所など  から新型コロナウイルス感染症の「濃厚  接触者」と指定されましたか？ | □　はい  □　いいえ |
| ⑤**本日から2週間以内**に、新型コロナ  ウイルス感染症と診断された、もしくは  疑われる人と接触しましたか？ | □　はい  具体的な接触の様子（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　いいえ |
| ⑥同居人、職場や学校、入所している施設  内患者・職員の中に、**自宅隔離を指示**  **された方**はいますか？ | □　はい  具体的に誰が（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  いつから（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　いいえ |
| ⑦あなたと長時間一緒にいる人（同居人、職場・学校の人など）の体調について  教えてください。  **本日から2週間以内**に、急に出てきた  症状を全て選んでください。  以前からある症状で、悪くなった場合は  選んでください。 | □　発熱（熱っぽさを含む）　　□　体のだるさ  □　咳　　□　鼻水　　　□　息苦しさ  □　食欲不振　　　□　筋肉痛  □　腹痛　　□　下痢　　□　繰り返し吐いた  □　頭痛　　　　□のどの痛み  □　味を感じなくなった　□　匂いを感じなくなった  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　いずれの症状も無い |

ご協力ありがとうございました。