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。