

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、新型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 今日から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 今日から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○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？（ ）

上記①に該当せず、②の症状は全てない

総合案内 確認済	確認者
時	分

（スタッフ記入欄） 当院での体温（ ）℃

発熱外来を受診する場合のみ氏名と患者IDを記入

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。**

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。

<p>① 今日から2週間前までに、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。</p>	<p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> スポーツジム</p> <p><input type="checkbox"/> ライブハウス</p> <p><input type="checkbox"/> カラオケ</p> <p><input type="checkbox"/> いずれにも行っていない</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>② 今日から2週間前までに、行った行動を全て選択してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 通学していた(在宅授業を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 通勤していた(テレワークを除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 他院に入院していた</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> いずれにも該当しない</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>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？</p>	<p><input type="checkbox"/> いた</p> <p><input type="checkbox"/> いない</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p>
<p>④ 今日から2週間前までに、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？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑤ 今日から2週間前までに、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？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい 具体的な接触の様子()</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>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？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい 具体的に誰が() いつから()</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>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。 今日から2週間前までに、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。</p>	<p><input type="checkbox"/> 発熱(熱っぽさを含む) <input type="checkbox"/> 体のだるさ</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しさ</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 筋肉痛</p> <p><input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 繰り返し吐いた</p> <p><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み</p> <p><input type="checkbox"/> 味を感じなくなった <input type="checkbox"/> 匂いを感じなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> いずれの症状も無い</p>

ご協力ありがとうございました。