新型コロナウイルス感染に関する問診票

記載日：　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、来院された患者様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。

|  |
| --- |
| **□　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？ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **□　上記の症状は全てない** |

　　　(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（　　　　　　　　　　　　）

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　2020年7月16日改訂

2020年7月21日、8月14日改訂

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | □　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  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。 | □　通学していた（在宅授業を除く）  □　通勤していた（テレワークは除く）  □　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で、新型コロナウイルス感染症の患者さんがいましたか？ | □　いた　　　　　□　いない  □　わからない |
| 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？ | □　はい  □　いいえ |
| 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？ | □　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。  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。 | □　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。