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。