問診日　　年　　月　　日

℃

患者様に安心・安全な医療を提供するための問診となります。

該当項目が１つでもある場合は、当院への受診は２週間ほどお控えいただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。 新型コロナウイルス感染症拡大防止にご理解・ご協力の程、よろしくお願い致します。以下の質問にお答えください。

	質問	答え	
1	風邪症状、37．5℃以上の発熱がありますか？	はい	いいえ
2	2週間以内に、風邪症状や37．5℃以上の発熱があった、またはある方と濃厚接触しましたか？	はい	いいえ
3	倦怠感(強いだるさ)や呼吸困難(息苦しさ)がありますか？	はい	いいえ
4	2週間以内に、呼吸器の問題(咳や呼吸困難など)が生じましたか？	はい	いいえ
5	味覚障害や嗅覚障害が生じていますか？	はい	いいえ
6	2週間以内に、ご家族や周りの方で新型コロナウイルス感染が確認された方と接触されましたか？	はい	いいえ
7	2週間以内に、海外に渡航されましたか？	はい	いいえ

ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿