

問診票

氏名 ()

年 月 日

本日の体温 _____ °C

1. 以下の症状であてはまるものにチェックしてください(複数可)。

ひとつでも症状がある場合は、病院スタッフにお申し出ください。

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最近発熱(37.0°C以上)があった。 | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> せきが出る | <input type="checkbox"/> 痰がでる |
| <input type="checkbox"/> においがしない | <input type="checkbox"/> 味がしない |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 体がだるい |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか。

- なし あり

3. 最近、新型コロナウイルス感染が多発している地域に行きましたか。

県外には行かれましたか。

- なし あり (場所)

- 次回受診前にご自宅でご記入いただき、上記1の症状がひとつでもある場合は、病院に入れません。来院前に電話でご相談ください。
- 記入された問診票は、来院された際、玄関入口でお見せください。
- 入院される方は病棟へお渡しください。

ご協力いただきありがとうございました。

担当者 ()

大和橿原病院 感染対策委員会