

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

お名前： M・F 記入日：令和 年 月 日

生年月日：T・S・H・R 年 月 日（ 歳）

住所：

連絡先（携帯番号）： 続柄（ ）

来院時体温：

数日から1週間以内の症状・行動で当てはまるものに○をしてください

			いつから	備考
症 状	発熱	有・無		
	頭痛	有・無		
	咽頭痛	有・無		
	呼吸苦・息切れ	有・無		
	鼻汁・鼻閉	有・無		
	咳嗽・喀痰	有・無		
	倦怠感	有・無		
行 動 歴	ご家族や職場、介護サービス利用先等、周囲に <u>新型コロナウイルス感染症患者や接触者、上記項目に該当する方はいますか</u> （いる・いない） いる場合はどなたが（ご関係）：			
新型コロナワクチン接種状況 ：（未接種・接種）				

* 37℃以上の発熱や上記いずれかの症状がある場合は、事前に連絡をお願いします

* 入院・検査前1週間は特に、健康管理とマスク着用や手指衛生等の感染対策を十分に行ってください