

## 感染防止に関する問診票

ご来院の方全員にご記入をお願いしております。すべての項目にご回答いただき、スタッフへご提出ください。

■受診当日 朝の体温（                      ℃） 入館時の体温（                      ℃） ※玄関で検温します

|   |   |    |     |
|---|---|----|-----|
| 1 | 37.5℃以上の発熱がある<br>(受診日から2週間前まで)  | はい | いいえ |
| 2 | 咽頭痛、咳、痰、呼吸困難、息切れ、強いだるさがある<br>(2週間以内に強く出現したもの)                               | はい | いいえ |
| 3 | 鼻水、鼻づまり、嗅覚(におい)、味覚(あじ)の低下がある<br>(2週間以内に強く出現したもの)                            | はい | いいえ |
| 4 | 頭痛、関節痛、筋肉痛がある<br>(2週間以内に強く出現したもの)   | はい | いいえ |
| 5 | 下痢、嘔気、嘔吐がある<br>(2週間以内に強く出現したもの)   | はい | いいえ |
| 6 | 1ヶ月以内に外国への渡航歴がある、またはそれらの方と家族や職場での接触歴がある。 「はい」の場合、国名(                      ) | はい | いいえ |
| 7 | 2週間以内に、新型コロナウイルス感染症患者やその疑いがある者と接触歴がある(同居者や職場内に発熱者がいた場合を含む)                  | はい | いいえ |
| 8 | 新型コロナウイルス感染症患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内である(自主待機を含む)                                | はい | いいえ |
| 9 | 新型コロナウイルス感染症と診断されて3週間以内である  | はい | いいえ |

※慢性的に頭痛がある、喘息で咳が出る、花粉症で鼻づまりがある、原因が明らかな筋肉痛や関節痛がある等の方は、その旨スタッフにお申し出ください。

2021年      月      日                      ID                      お名前