

2020年 月 日

新型コロナウイルス問診票【外来・来院用】

お名前： _____ 様 付添の方 _____ 様

または ID： _____

新型コロナウイルス対策として実施しております。

以下の項目について太枠内の記入をお願いします。

該当項目がある場合、外来受診・入院・手術・検査が出来ない場合があります。

大変お手数ではございますが、ご理解、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

来院目的

外来診察

リハビリ

外来付添、手術立会い

面会(荷物預り)、テレビ電話面会

その他〔 _____ 〕

来院時体温		患者さん		付添の方	
		℃		℃	
Q1	37.5度以上の発熱または風邪のような症状（咳・鼻水・咽頭痛・息苦しさ・倦怠感）が、2週間以内にありましたか？	ある	ない	ある	ない
Q2	2週間以内に新型コロナウイルス陽性者と濃厚接触（飲食など）したことがありますか？	ある	ない	ある	ない
Q3	同居人に発熱あるいは咳（呼吸器症状）のある人がいますか？	ある	ない	ある	ない
Q4	新型コロナウイルスの検査を2週間以内に実施しましたか？ （ PCR検査 ・ 抗原検査 ）	ある	ない	ある	ない
Q5	Q4であると答えた方にお聞きします。 上記検査を実施した日付と結果を教えてください。 （ PCR検査 ・ 抗原検査 ）	月 日		月 日	
		陰性 ・ 陽性		陰性 ・ 陽性	

※次回診察日に持参いただき、入口にて受付スタッフにお渡してください。

以下職員記入欄

記入日： 2020年 月 日	確認者印 <input type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------