

問診票

下記の項目に「あり」のチェックがある人は、
必ず病院スタッフへお声掛けください。

☆以下の項目のご記載をお願いします

日時 年 月 日 時

患者番号

氏名

受診する診療科・検査 (使用する部門で場所を記入し、印刷して下さい)

① 2週間以内に以下の中で新たに出現した症状はありますか？		全てなし	あり
症状	熱感		あり
	熱感がある場合は検温 () °C		
	上気道症状 (咳、咽頭痛、呼吸苦、息切れ)		あり
	味覚・嗅覚の異常		あり
	その他の症状 (下痢、頭痛、倦怠感)		あり
② 家族・同居者・職場の方など周囲の方の上記症状 (2週間以内)		全てなし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか? (例: 子供や同僚、同級生など) ()		
③ ご自身が新型コロナと診断されたことがある (PCR陽性か発症日の早い方から数えて3週間以内の方は受診をお控え頂いています)		なし	あり
	「あり」の場合 診断日 ()、退院日または療養終了日 ()		
④ 家族・同居者・職場の同僚など周囲の身近な方が新型コロナと診断された (3週間以内)		なし	あり
	「あり」の場合はどなたでしょうか? (例: 子供や同僚、同級生など) ()		
⑤ 海外渡航歴 (2週間以内)		なし	あり
	「あり」の場合は国名をご記載下さい。 国名 ()		

※医師の判断により検査を受けていただけない場合がございます。