

## 感染対策用受診問診票(紹介用)

記入日 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

1. 2週間以内に出た症状で該当するものにチェックしてください。(複数可)

なし

発熱(37.0℃以上)\_\_\_\_日から\_\_\_\_日間 最高体温 \_\_\_\_\_℃

熱がでるので解熱剤で対応している \_\_\_\_日から\_\_\_\_日間

息苦しい のどが痛い せきが出る 痰がでる 体がだるい

におい、味がわかりにくい

その他の症状

( 具体的に: \_\_\_\_\_ )

2. 2週間以内にご本人または本人と接触時間の長い家族、友人等が新型コロナウイルス感染者と接触がありましたか。

本人

なし

あり (※いつ \_\_\_\_\_ )

家族・友人等

なし

あり (※いつ \_\_\_\_\_ )

**※濃厚接触者として自宅療養された場合はその期間をご記入ください。**

3. これまでに新型コロナウイルスに感染したことがありますか。

なし

あり(※療養期間 年 月 日から 年 月 日 )

**※複数回療養された方は直近の療養期間をご記入ください。**

4. 2週間以内に海外渡航歴がありますか。

なし

あり (国名 \_\_\_\_\_ ) (帰国日 \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。

岩国医療センター(R4.10 改訂版)