

診療前質問票

診療科 _____

患者番号 _____

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（または付添者氏名） _____

体温： _____ 度（当院で測定します）

・診療前の確認事項として、下記の質問にお答えください。

2週間以内に、新型コロナウイルスに感染している人と一緒にいたことがありますか？
はい ・ いいえ

2週間以内に、新型コロナウイルス感染症の検査中の人と一緒にいたことがありますか？
はい ・ いいえ

2週間以内に、海外に行きましたか？
はい（国名： _____） ・ いいえ

2週間以内に、「海外に行ったあと、発熱や咳が出てきた人」と、一緒にいたことがありますか？
はい ・ いいえ

息苦しさ、咳、強いだるさといった症状はありますか？
はい（症状： _____） ・ いいえ

2週間以内に、鼻水・鼻づまりもなく突然、味覚・嗅覚に異常が出たことはありますか？
はい ・ いいえ

現在、同居する人で発熱・咳などの症状がある方はいますか？
はい ・ いいえ

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日