新型コロナウイルス感染症関連問診票（紹介患者さん用）

三之町病院では、感染予防対策として、問診票により患者さんの状況を確認しております。

ご面倒をお掛け致しますが紹介時ご記入の上、事前にFAXにてお送りください。

なにとぞ、ご理解とご協力をお願いいたします。（FAX　【0256】32-1896）

記入日：R　　　 年　　　 月 　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介施設・医院名 |  | 電　話 |  |
| 受診科名 | 脳外・内科・整形・神内・耳鼻科・歯科・その他【　　　　　　　】 | | |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | T・S・H・R　　年　　月　　日 |
| 受診予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |

**(１) 体調について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発熱(37.5℃以上) | あり ・ なし |  | 筋肉や節々の痛み | あり・ なし |
| 咳 | あり ・ なし | 食欲低下 | あり ・ なし |
| 痰 | あり ・ なし | 吐き気 | あり ・ なし |
| 呼吸苦(息苦しさ) | あり ・ なし | 下痢 | あり ・ なし |
| 倦怠感(身体のだるさ) | あり ・ なし | 味覚異常 | あり ・ なし |
| 頭痛 | あり ・ なし | 嗅覚異常(臭いを感じない) | あり ・ なし |

**(２) 14 日以内の接触歴について**

濃厚接触とは、同居や対面（1m 程度）で１５分以上マスク等なしでの接触など。

|  |  |
| --- | --- |
| 家族、友人、職場の方で、新型コロナウイルス流行地域へ行った方、または帰省した方との接触 | あり ・ なし |
| ありの場合 ⇒ いつ頃( / ～ / )、 地域名： | |
| 上記「(1)体調について」の症状がある方との濃厚接触 | あり ・ なし |
| 新型コロナウイルス感染症の方やその濃厚接触者との接触 | あり ・ なし |

**(３) 14 日以内の行動について**

|  |  |
| --- | --- |
| 国外での滞在および渡航歴 | あり ・ なし |
| ありの場合 ⇒ いつ頃( / ～ / )、 滞在国( ) | |
| 新型コロナウイルス感染症の流行地域に行きましたか | はい ・ いいえ |
| はいの場合 ⇒ 　　いつ頃(　　 / 　～ 　　/ 　)、地域名： | |

※用紙は当院ホームページの〖医療関係者の方へ〗をクリックしてご利用ください。

ご不明な点がございましたら以下までご連絡ください。

三之町病院　外来紹介窓口　TEL：（0256）33-0581

　　　　　　　　　　　　　　FAX：（0256）32-1896