

## 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(息苦しき)	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