

問診票(特殊歯科口腔外科用)

予約日当日の体調を教えてください → 歯科受付(1ブロック)へお出し下さい

氏名:

日中連絡の取れる電話番号:

■ 本日の体温を教えてください _____ °C

《以下はご本人だけでなく付き添いの方も当てはまることがあればお答えください》

■ 14日以内にあった症状に○をつけてください
何日からなのか、わかれば余白に日にちを記入してください

症状なし

症状あり : 熱 (_____ °C) 味覚障害 嗅覚障害 咳 倦怠感 咽頭痛

呼吸困難感(息苦しさ) 頭痛 下痢 嘔気 嘔吐

■ 発熱者と14日以内に接触しましたか いろいろ はい

■ 14日以内に居住地以外への移動はありましたか？

なし ある (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 場所: _____)

■ 14日以内に地域の方や友人が集まる飲み会、寄り合いなどに参加しましたか？

いろいろ はい (それは:いつ、どなたとですか? _____)

■ ご家族や職場など周囲に新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触者や
上記項目に該当される方がいらっしゃいますか？

いろいろ

はい (どなたですか: ご関係 _____)

来院前14日間にご自身やご家族の感染対策、体調管理において充分お気をつけ
ください。当日体調のすぐれない方は来院前に外来へ電話にてご連絡ください。

上記の聞き取り内容によっては受診・検査が延期になることがあります。

何かご質問のある方は平日 予約された外来までご連絡ください。

北信総合病院 0269-22-2151