

# 問診票

氏名： 歳 携帯番号： ご職業：

《ご本人だけでなく受診・検査の当日付添いの方も当てはまることがあればお答え下さい》

■ 新型コロナワクチンの接種はお済みですか

はい 1回目： 月 日 2回目： 月 日 いいえ

■ 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

なし 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 いいえ 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

いいえ 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インフルエンザに感染している等上記項目に該当される方がいらっしゃいますか

いいえ

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。  
また、入院の際には個室対応とさせていただく場合もございます(個室料金を頂きます)。  
何かご質問のある方は平日 予約された外来までご連絡下さい。

北信総合病院 0269-22-2151