

問診票

氏名: _____ 様 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 (_____ 回) 直近の接種年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日・わかる月で可)

いいえ

■ 10日以内に下記の症状はありましたか

ない方は「なし」に○を、ある方は症状に○と、わかれば余白に日にちを記入してください

なし ※緊急で受診される方のみ 本日の体温を教えてください。 _____ °C

発熱(37°C以上) _____ °C 咳 痰 咽頭痛 息切れ 下痢

その他(_____)

■ 10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: _____)

■ 10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、何名ぐらいですか _____)

■ ご家族や職場など、周囲に新型コロナウイルス陽性者・濃厚接触者・発熱症状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 10 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北信総合病院・地域医療連携課にご連絡下さい。

北信総合病院 0269-22-2151 (代表)