

問診票(内視鏡用)

氏名:

携帯番号:

ご職業:

注意事項

1ヶ月以内にコロナ感染症になった方は、内視鏡検査が受けられない場合があります。北信総合病院・地域医療連携課まで必ずご連絡ください。

■ 本日の体温を教えてください _____ 度

■ 1ヶ月以内に、新型コロナウイルス感染症と診断されたことがありますか？

はい (月 日) ・ いいえ

《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下さい》

■ 7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) 咳 痰 咽頭痛 息切れ

頭痛 鼻水 だるさ その他()

■ 7日以内に、ご家族など新型コロナウイルス陽性者か、発熱等の風邪症状のある方は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7日間は、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北信総合病院・地域医療連携課までご連絡ください。
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・地域医療連携課までご連絡下さい。