

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

お名前()

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

- 発熱(37.0℃以上) _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____℃
 熱がでるので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間
 のどが痛い せきが出る 痰がでる いき苦しい 体がだるい
 _____ 日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする
 _____ 日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2. 新型コロナウイルスに感染したことがわかっている方と、その方が発熱及び咳・呼吸困難などの症状がでる2日前から隔離されるまでの間に、濃厚接触(のうこうせつしょく)(*)がありましたか。あるいは、強く咳き込んでいる方と、濃厚接触がありましたか。

* 濃厚接触とは: 必要な感染予防策をせずに手で触れること、または対面で互いに手を伸ばしたら届く距離(1m程度)で一定時間以上接触があった場合

- なし あり

「あり」とお答えの場合、その方との濃厚接触の状況を教えて下さい。

- 同居あるいは、長時間の接触があった(車内や航空機内など)。
 適切な个人防护なしで診察・看護・介護をした。
 気道分泌物、体液等に直接接触した可能性がある。
 1メートル以内で、感染予防なしで15分以上会話等の接触をした。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している国や地域(緊急事態宣言が発令されている都道府県など)に行きましたか。

- なし あり

国内: 県、市名 () 外国: 国名 ()

4. 最近、「3密」(密閉・密集・密接)と言われる場所や集団での感染があった場所に行きましたか。

- なし あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし あり

- 糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療
 がん 抗がん剤 その他 具体的に(_____)

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

- なし あり

自由が丘 杉内医院