

新型コロナウイルス感染防止のためご協力をお願い致します。 (R4.6.23 改訂)

お名前 _____ (記入日 _____ / _____)

1.患者さんご自身について

(1) コロナワクチン接種歴

未 ・ 1回済み ・ 2回済み ・ 3回済み

(2) 本日来院前の体温 (_____ °C) 来院時の体温 (_____ °C)

(3) 現在、以下の症状はありませんか

- 37.5°C以上の発熱 有 ・ 無
- 息苦しさ 有 ・ 無
- 味覚・嗅覚の異常 有 ・ 無
- 咳・咽頭痛・鼻水などの症状 有 ・ 無
- 関節痛・筋肉痛 有 ・ 無
- 身体のだるさ 有 ・ 無
- 頭痛 有 ・ 無

(4) 新型コロナウイルス感染者・濃厚接触者との接触はありませんか 有 ・ 無

(5) 自宅待機中の方はいらっしゃいますか 有 ・ 無

※上記 問診で1つでも『有』の項目がある場合には前日までにお電話をお願い致します。

2. 患者さんご自身・同居家族の方について

(1) 1週間以内に上記の症状があり、医療機関を受診していない方はいますか。

有 ・ 無

『有』の場合⇒どなたが (_____)
いつから (_____)
症状 (_____)

(2) 1週間以内に飲食を伴う会合等への参加はありますか。 有 ・ 無

『有』の場合⇒どなたが (_____)
いつ (_____)

※こちらの用紙は来院時お持ち下さい。

三井病院 (TEL 0235-22-3290)