

新型コロナウイルス対策・問診票

(地域検査用 V2)



院内感染対策のため、検査当日の朝の状態をご記入のうえ、『まいにち体調チェック表』と一緒に検査受付にお渡しください。検査には両書類の提出が必要です。必ずご持参ください。

情報元: ご本人、付き添いの方() 記入(検査)日: 2021年 月 日

患者名: _____

本日の体温測定 _____ °C (計測時間 _____ : _____)

1. 2週間以内で以下の症状など、該当するものに全てチェックをしてください

<input type="checkbox"/> 以下の該当あり → _____月 _____日 から _____日間
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5°C以上) 最高体温 _____ °C
<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰がでる <input type="checkbox"/> 息苦ししい
<input type="checkbox"/> 倦怠感がある <input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉 <input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> におい・味がわかりにくい <input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/> 該当症状なし

2. 身近に新型コロナウイルスに感染した方や、濃厚接触者はいますか

いない いる (詳しく: _____)

3. 2週間以内に他府県や海外に行きましたか

いいえ はい

国内: 県・市名 (_____)

海外: 国名 (_____)

4. 2週間以内に、他の医療機関を受診(入院を含む)されましたか

いいえ はい (どこに _____ いつ _____)

5. 2週間以内に、介護施設、老人ホーム、集会など人がたくさん集まる場所に行きましたか

いいえ はい (どこに _____ いつ _____)

当院職員記入欄

当院問診職員記入欄

(内視鏡、放科、その他: _____)

看護師等サイン	医師サイン

* スキャン後、2週間は当該部署で保管。

社会医療法人製鉄記念広畑病院
2021.2.1 病院長