

新型コロナウイルス感染拡大防止のための診療前質問票

患者氏名 _____

生年月日 _____

スキャン → 破棄
ID: _____

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、診療前の確認事項として下記の質問にお答えください。

◆過去に新型コロナウイルス感染症に罹ったことはありますか。

回答(どちらかに○をしてください) はい・いいえ

→「はい」と答えられた方

◆それはいつ頃ですか。()

◆過去1週間以内に新型コロナウイルス(疑いを含む)陽性の方、濃厚接触者にあたる方と接触がありましたか？

回答(どちらかに○をしてください) はい・いいえ

→「はい」と答えられた方

◆接触した場所:

◆接触者との関係: 家族 職場 知人・友人 学校 その他()

◆同居人の有無: 有・無

◆現在同居している人に、自宅隔離を要請されている人はいますか？

回答(どちらかに○をしてください) はい・いいえ

→「はい」と答えられた方

◆誰が:

◆期間: 月 日～ 月 日

以下、職員記載欄

体温 °C

脈 回/分

SPO2 %

血圧 mmHg

身長 cm

体重 kg

喫煙歴(あり・なし)

備考

診察診療科

発熱外来
 一般()

平日常待機場所

発熱待合
 処置室
 一般待合
 車内待機

夜間休日待機場所

救急待合
 内視鏡室
 一般待合室

診021170
2022.11