



# 新型コロナウイルス感染症（Covid-19）の問診票

院内感染対策の強化のため、下記質問のご回答をお願いしています。  
また、ご同伴の方は、待合室での待機は避けるようお願いいたします。

## （質問1）

医療法人スマイル ver.1120

		質問	回答	
①		新型コロナ感染者（疑い）の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②		最近（2週間以内）に東京・大阪，海外への滞在歴はありますか？	はい	いいえ
③		2週間以内に「東京・大阪や海外に滞在したり，発熱や咳のでた人」と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
その他；確認内容など				

## （質問2）今の状態についてお答えください。（はい/いいえ）に○印つけてください。

①	最近の発熱（37.5℃以上）の有無 ある ない	⑥	痰（たん）	ある ない
	当院記入欄： <b>BT</b> （ . ℃） <b>SpO2</b> （ %）， <b>P</b> （ ） <b>BP</b> （ ）	⑦	喉の痛み，鼻汁・鼻閉 頭痛，筋肉痛	ある ない
②	咳（せき） ある ない	⑧	臭いがわかりにくい	ある ない
③	強いだるさ（倦怠感） ある ない	⑨	味がわかりにくい	ある ない
④	食欲低下 ある ない	⑩	吐き気・嘔吐	ある ない
⑤	息切れ・息苦しさ ある ない	⑪	下痢	ある ない

私，（お名前） \_\_\_\_\_ は、上記の記入事項に相違ありません。

記入日；令和 2 年 月 日