



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.20210601

		質問	回答	
①	新型コロナウイルス感染者（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（1週間以内）に蔓延地域への滞在歴はありますか？		はい	いいえ
③	花粉アレルギーはありますか？		はい	いいえ
④	ワクチン接種を受けましたか？（1回目）		はい	いいえ
	（2回目）		はい	いいえ
	（3回目）		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： BT （ . ℃） SpO2 （ %）， P （ ） BP （ ）	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 4 年 月 日