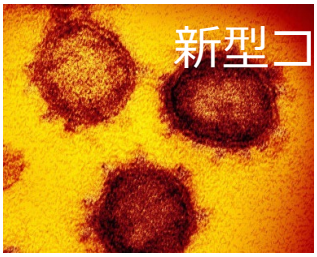

新型コロナウイルス感染症（Covid-19）の問診票

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.20230101

	質問	回答	
①	今日，体に具合の悪いところはありますか？	はい	いいえ
②	最近（１週間以内）に蔓延地域滞在や感染者との接触はありますか？	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	新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか？ （接種回数　　回） （前回の接種日　　年　　月　　日）	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）に〇印つけてください．

①	最近の発熱（37.5℃以上）の有無 ある　ない 当院記入欄：　**BT**（　．　℃） **SpO2**（　　%），**P**（　　） **BP**（　　）		⑥	痰（たん）	ある　ない
			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　5　年　　月　　日