

問診票

新型コロナウイルス感染拡大防止のために、病棟に来院されたご家族の健康状態を確認させていただきます。個人情報適切に管理し、問診票は1か月を経過した後、月末に廃棄します。ご協力のほど宜しくお願いいたします。

来院日時 : 月 日 時 分 ~ 時 分

患者氏名 : _____

面会者氏名 : _____ 本人との関係 : _____

面会者の連絡先 (電話番号) :

来院時の確認事項

マスクの着用 (鼻から顎までしっかりと覆い、ずれないこと)

擦式消毒薬による手指衛生

検温 (度)

質問

①直近14日以内に症状があれば○をつけてください

37.5度以上の発熱 ()

咳 ()

痰 ()

呼吸困難感 ※歩行時の息苦しい感じ ()

味覚や嗅覚障害 ※味や匂いがわかりにくい ()

強い倦怠感 ()

喉の痛み ()

②新型コロナウイルス感染症者との接触 (あり なし)
※身近に新型コロナの陽性者がいた

③新型コロナウイルス感染発生施設の利用 (あり なし)

④他の医療機関・デイサービス・通所の利用 (あり なし)

⑤1ヶ月以内の新型コロナウイルス流行地域への国内移動 (あり なし)

⑥新型コロナウイルスワクチン接種 (あり なし)