

新型コロナウイルス感染予防 問診票 (来院用)

フリガナ		来院日	年	月	日
お名前		ご連絡先 TEL ()-()-()			

①本日はどのような目的で ご来院されましたか	受診	整形 ・ リハビリ ・ 外科 ・ 内科 ・ 歯科
		東洋 ※お手数ですが問診票を東洋までお持ち下さい
	その他	つきそい ・ 送迎 ・ 面会 ・ その他

②2週間以内に37.5度を超える発熱はありましたか	いいえ ・ はい
はいの場合	いつ ()

③次のような症状はありますか 該当の症状すべてに「○」をご記入下さい	微熱 (37～37.4度) 咳 ・ 鼻水、鼻づまり のどの痛み ・ 息苦しさ 頭痛 ・ だるさ 味覚、嗅覚異常 嘔吐 ・ 下痢 その他の症状 ()	無
---------------------------------------	--	---

④2週間以内に次のような状況が ありましたか	出張 ・ 旅行 ・ イベント 4名以上での外食 その他 ()	無
	いつ ()	

⑤2週間以内に身の回りで新型コロナウイルスの 検査された方はいらっしゃいますか	いいえ ・ はい
はいの場合	いつ () 日前)
	どのような状況で ()

来院時の体温	度
--------	---