

診察券No : \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C (検温時)

受診日 : \_\_\_\_\_

確認者名 ( \_\_\_\_\_ )

## 患者さま及び付添いの方へお願い

新型コロナウイルス感染を防ぐために、受診前に以下アンケートへの回答にご協力をお願い致します。

当医院は高齢者や障がいをお持ちの方が多く来院されています。

リスクが大きいと判断された場合は診療の延期をお願いすることがございます。

氏名 : \_\_\_\_\_

はい・いいえのどちらかを○で囲んでご回答ください

- ① 現在、咳、喉の痛み、呼吸器症状、味覚異常、 (はい・いいえ)  
全身の強い倦怠感、頭痛がありますか
- ② 1週間以内に発熱(37.5°C以上)がありましたか (はい・いいえ)  
発熱があった日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ③ 2週間以内に海外渡航歴がありますか (はい・いいえ)  
(国名： \_\_\_\_\_ )
- ④ 同居の家族や身近な人で上記症状がある、現在新型コロナウイルスにかかっている方はいますか  
(はい・いいえ)
- ⑤ 過去に新型コロナウイルスにかかったことがある方へ  
・症状が出た日から10日以上経過していますか (はい・いいえ)  
・症状軽快から72時間以上経過していますか (はい・いいえ)

記入後は受付にご提出ください。ご協力ありがとうございました。