感染対策問診票

氏　名	患者番号　ID

あなたの該当する項目にチェックをしてください（□）

１．渡航歴（1 か月以内）　**□有**　　**□無**

有りの場合、渡航先（国・地域）と渡航期間をお教えください。

〔　　〕

２．家族歴・接触歴

（あなた自身、または同居されているご家族が以下の病気を発症したり、直近２週間以内に患者と接触された可能性があればお教えください。）

□なし
□新型コロナウイルス感染症
□中東呼吸器症候群(MERS)
□重症急性呼吸器症候群 SARS)
□その他の重症感染症

３．最近の健康状態（具体的にお答え下さい）

自覚症状　**□有**　　**□無**

現在または直近の２週間以内に体調不良があれば、お教えください

□のどの痛み、咳や痰などの風邪症状
□37.5℃以上の発熱
□だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）などの症状
□味覚や嗅覚の異常
□4～5 日続く下痢等の消化器症状
□その他（　　）

４．来院時の体温　　〔　　〕　℃

問診票の内容、当日の体調、胸部 X 線画像などの結果によって、新型コロナウイルスが疑われた場合には、検査を中止とする可能性がございますので、ご了承願います。