

外来受診をされる患者さんへ

診療科/医師サイン

氏名		生年月日	年 月 日
記入日	年 月 日	本日の体温	℃

※該当する項目に☑をお願いします

1. 現在を含む「2週間以内」の症状について

- 37.5度以上の熱がある
- 咳
- 呼吸困難・倦怠感
- 嗅覚・味覚障害
- 消化器症状（嘔吐・下痢など）

2. 2週間以内の接触歴について

- 新型コロナウイルス感染症と診断された方と濃厚接触した
- 同居者・近親者に発熱、呼吸器症状、嗅覚・味覚障害などの症状がある人がいる
- 周囲に『新型コロナウイルス感染症の疑いで検査を受けた方』がいる

3. 2週間以内の行動について

複数名での会食やイベント参加

- あり （あり の場合は下の設問にすすむ） なし
- ↳ 参加者の中に 新型コロナウイルス陽性者または発熱した人 がいた

介護サービス（居宅・施設）の利用

- あり （あり の場合は下の設問にすすむ） なし
- ↳ 参加者の中に 新型コロナウイルス陽性者または発熱した人 がいた

海外渡航歴

- あり なし

4. 罹患歴について

- 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある（ 年 月 日）
- 保健所が指定した隔離解除日（ 年 月 日）

5. 新型コロナウイルスワクチン接種歴について

- あり なし