

# 新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

当院では面会のご家族様に以下の問診票にご協力いただき、感染拡大防止に努めたいと思います。

来院日時	年 月 日 ( ) 時 分		
お名前		連絡先	
患者名		続柄	
来院目的	<input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> 他 ( )		

下記の項目について記載をお願いいたします

記載日	2021年 月 日 ( )	現在の体温	℃	
1. 新型コロナウイルスワクチンを2回接種している		はい	いいえ	
2. 2回目接種日から2週間経過している		はい	いいえ	
3. 7日以内に37.5℃以上の発熱がある		はい	いいえ	
4. 新型コロナウイルス感染者、または感染疑いがある者との接触がある		はい	いいえ	
5. 7日以内に咳、痰、呼吸困難、発熱などの症状がある		はい	いいえ	
6. 7日以内に全身倦怠感（体のだるさ）がある		はい	いいえ	
7. 7日以内に味覚、嗅覚異常がある		はい	いいえ	
8. 同居家族で上記2～7の症状がある人がいる		はい	いいえ	
9. 2週間以内に政府が自粛を求めている施設、または多くの人が集まる場所に出かけたことがある		はい	いいえ	

ご協力ありがとうございました。今後もさらなる安心、安全な医療の提供を行ってまいります。何卒、ご理解ご協力のほどよろしくをお願いいたします。