

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

確認(病院用)

感染対策強化のため問診票を作成いたしました。当院へ患者さんをご紹介いただく際には、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名

(質問1: 紹介医療機関記載)

以下の事項について問診いただき、「はい」の場合には、事前に紹介先診療科にお電話ください。

	質 問	お答え	
①	新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、海外にいきましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に「海外や栃木県以外に行ったあと、発熱と咳がでてきた人」と、一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
④	2週間以内に、50名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
⑤	2週間以内に、流行地域の県に行きましたか？ (例：北海道、茨城、埼玉、東京、神奈川、千葉、愛知、岐阜、大阪、京都、兵庫、福井、福岡)	はい	いいえ
		(地名)	
⑥	2週間以内に県内・外によらず、いわゆる”3密“(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話)の機会がありましたか？ 例：複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、集会参加、集合しての運動、カラオケ、ライブ参加、パチンコ、マスクなしでの満員電車、満員のバスへの乗車など	はい	いいえ

獨協医大 対応診療科		相談・確認 内容	
---------------	--	-------------	--

(質問2: 受診当日に患者さん本人が記載)

以下の症状がありますか？(はい、もしくは、いいえ)に○印をつけてください。

①	発熱(37.5℃以上)	はい	いいえ	⑥	息苦しさ	はい	いいえ
	体温 (℃)			⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
②	のどの痛み	はい	いいえ	⑧	臭いがわかりにくい	はい	いいえ
③	鼻水	はい	いいえ	⑨	味がわかりにくい	はい	いいえ
④	咳(せき)	はい	いいえ	⑩	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
⑤	痰(たん)	はい	いいえ	⑪	下痢	はい	いいえ