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

お住いの都道府県名：　　栃木県　　栃木県以外の場合　　都道府県

（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、当院以外に、お住いの都道府県以外の県に行きましたか？ 滞在日(　　)　滞在期間(　　)　目的(　　) 交通手段(　　)	はい	いいえ
		（地名）	
⑥	2週間以内にお住いの都道府県内・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）の機会はありましたか？ 例：複数人での飲食、家族以外の複数人での飲食、接客を伴う飲食、冠婚葬祭なども含む集会参加、集合での屋内運動、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）に〇印をつけてください。

①	発熱（37.5℃以上）　はい　いいえ 体温　（　　℃）		⑥	息苦しさ	はい　いいえ
			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

（原本をスキャナー⇒原本を感染制御センター）　獨協医科大学病院（紹介医療機関用）ver.2　6.25作成