

※発熱(37℃以上)、風邪症状などがある場合、来院の前に必ずお電話をお願いします。

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

※該当する項目へ☑し、必要事項を記載してください。

※記載しましたら、受付へお渡しください。

記入日： 年 月 日 曜日

来院者： <input type="checkbox"/> 患者さま本人 <input type="checkbox"/> 患者さま家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
来院者名： （ _____）
来院手段： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関（電車、バス、タクシー、介護タクシーなど） <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ _____）

1) 本日、ご自宅で測定された体温を教えてください <input type="checkbox"/> 測定していない <input type="checkbox"/> _____ °C
--

2) 当院受付で測定された体温を教えてください <input type="checkbox"/> _____ °C

※新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？ <input type="checkbox"/> はい（1回目 年 月 日・2回目 年 月 日・3回目 年 月 日） <input type="checkbox"/> いいえ

3) 2週間前までに保健所などから新型コロナウイルス感染症の「濃厚接触者」と指定されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4) 2週間前までに新型コロナウイルス感染症と診断された、もしくは疑われる人と接触しましたか？ <input type="checkbox"/> はい（具体的な接触の様子： _____） <input type="checkbox"/> いいえ

5) 同居人、職場や学校、入所している施設内患者・職員の中に、自宅隔離を指示された方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい（誰が： _____ いつから： _____） <input type="checkbox"/> いいえ

6) 前回入院（入所）していた病院（施設）に新型コロナウイルス感染症の患者さんがいましたか？ <input type="checkbox"/> いた <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 入院（入所）していない
--

7) あなたの体調について、2週間前までに「急に」出てきた症状をすべて選んでください (以前からある症状で、悪くなった場合も選んでください) <input type="checkbox"/> 発熱（熱っぽさを含む） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 味を感じなくなった／以前と感じ方が変わった <input type="checkbox"/> 匂いを感じなくなった／以前と感じ方が変わった <input type="checkbox"/> その他（ _____） ※上記症状が1つでも最初に出てきた日を教えてください（だいたいで結構です）【 月 日頃】 <input type="checkbox"/> 上記の症状はすべてない
--

8) 2週間前までに行った場所をすべて選んでください <input type="checkbox"/> 飲食店での会食（接待を伴う飲食店を含む） <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> スポーツジム <input type="checkbox"/> ライブハウス <input type="checkbox"/> パチンコ <input type="checkbox"/> ショッピングモール <input type="checkbox"/> その他、人が密集するような場所（スーパー等 _____）
--

9) 2週間前までに行った行動をすべて選んでください <input type="checkbox"/> 通勤していた（テレワークは除く） <input type="checkbox"/> 通学していた（在宅での授業は除く） <input type="checkbox"/> 医療機関に入院・通院、福祉・介護施設に通所・入所していた（訪問看護・訪問診療は除く） <input type="checkbox"/> その他（他県へ行っていた等 _____） <input type="checkbox"/> いずれも該当しない
--

10) あなたと長時間一緒にいる人(同居人、職場・学校、施設の人など)の体調について、2週間前までに「急に」出てきた症状をすべて選んでください(以前からある症状で、悪くなった場合も選んでください) <input type="checkbox"/> 発熱（熱っぽさを含む） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 味を感じなくなった／以前と感じ方が変わった <input type="checkbox"/> 匂いを感じなくなった／以前と感じ方が変わった <input type="checkbox"/> その他（ _____） <input type="checkbox"/> 上記の症状はすべてない

その他 _____

※入院予定者の場合：紹介元(病院、施設など)で COVID-19 感染者がいる場合、PCR 検査の結果を求めること。

※発熱(37℃以上)、風邪症状などがある場合、来院の前に必ずお電話をお願いします。

体温測定票

※次回、外来予約日の朝まで、1日2回(朝・夕)、1週間分の体温を測定し、記入のうえ持参してください。

※次回、外来予約日の朝まで、1週間分の体温を測定し、発熱(37℃以上)が1回でもある場合、事前に必ずお電話ください。

※発熱(37℃以上)、風邪症状がある場合、来院の前に必ずお電話ください。

	月 日	1回目(朝)		2回目(夕)		備考
		時 間	体 温	時 間	体 温	
①	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
②	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
③	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
④	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
⑤	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
⑥	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無
⑦	月 日	:	℃	:	℃	外出 有・無

＝気になる症状がありましたらお書きください＝

メンタルホスピタルかまくら山

電話 **0467-32-2550(代)**