

感染拡大防止のための受診問診票（紹介患者様用）

新型コロナウイルス感染症の流行が拡大し山口県でも感染が多く報告されております。
このため、医療機関においては、感染症拡大防止対策の徹底が求められております。
つきましては、当院への紹介患者さまにおかれましても、院内感染防止対策、および
他の患者さまへの感染拡大の防止にご理解とご協力をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

患者氏名 _____ 生年月日 大・昭 年 月 日
平・令 (歳)

連絡先 自宅 (_____ - _____ - _____)
携帯 (_____ - _____ - _____)

該当する項目にチェック✓をお願いします

1 基礎疾患・免疫疾患等の治療中の病気についてお伺いします。

- なし
- あり
- 肥満症 糖尿病 高血圧 脳心血管疾患 呼吸器疾患
- 腎臓病 がん (抗がん剤) 免疫抑制治療
- その他：具体的に記載 _____

2 症状についてお伺いします。（✓は複数可）

- なし
- あり
- 発熱 (37.0℃以上) _____ / _____ から _____ 日間 最高体温 _____ ℃
- 息苦しい 体がだるい におい、味がわかりにくい
- 咳がでる のどが痛い 頭痛 筋肉痛
- 下痢 吐き気
- その他：具体的に記載 _____

3 感染リスクについてお伺いします。（同居の家族を含む）

- (1) 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触 なし あり
- (2) 14日以内の海外渡航歴・滞在歴 なし あり
- (3) 14日以内の山口県以外での在宅・移動 なし あり

(1)～(3)が「あり」の方：具体的に記載

期間： _____ / _____ ～ _____ / _____

場所： 海外 _____ 県外 _____ 県 _____ 市 _____

関係： 患者本人 家族 (具体的に記載 _____)

ご協力ありがとうございました。