

健康診断用新型コロナウイルス問診票

お手数ですが、以下の質問にお答えください。

1から9の項目で「はい」に該当する場合は受診を中止、または延期させていただく可能性がありますので、事前に内容をご確認のうえ、「はい」に該当しないよう行動管理をお願いいたします。
1から9の項目で「はい」に該当する場合は、来院する前(可能であれば前日まで)に病院へ電話でご相談ください。TEL 0894-62-1121

氏名: _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今朝の体温(_____ 度 _____ 分)

		はい	いいえ
1	新型コロナウイルスに感染して10日間以内である。		
2	新型コロナウイルス感染者と接触後5日以内である。		
3	10日間以内に新型コロナウイルスに感染する(した)可能性がある。 *なぜそう思われるのか、以下に状況をお書きください。		
1週間前から今日までの間に下記の症状がありましたか？			
4	発熱(体温が37度5分以上)		
5	かぜ症状(微熱が続く、のどの痛み、咳、痰、息苦しさ、頭痛、筋肉痛など)		
6	消化器症状(腹痛、下痢、吐き気、おう吐)		
7	強いだるさ		
8	味や臭いが分からない、または分かりにくい *副鼻腔炎など原因が分かっている場合はいいえにチェックしてください。		
9	目の充血や痛み		
10	コロナワクチンを接種していますか？(_____ 回)		

ご協力ありがとうございました。

2023年5月修正 西予市立西予市民病院