

新型コロナウイルス感染症についての問診票

以下の質問にご回答の協力をお願いします。

Q1、14日以内に以下の症状がありましたか？

- ・37.5度を超える発熱
- ・強い倦怠感
- ・味覚や嗅覚に異常がある

- | ① | ② |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

Q2、以下のうち、いずれかにあてはまりますか？

- ・新型コロナウイルス感染者と接触したことがある
- ・14日以内に咳や発熱症状のある人と会った
- ・14日以内に海外に渡航した、または渡航した人と濃厚接触した
- ・現在自宅、または職場に感染者または隔離されている方がいる

- | ① | ② |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

問診内容によっては、診療を延期させていただくことがあります。
ご理解、ご協力のほど宜しくお願いします。

令和 年 月 日 署名
