**つがる総合病院　事前問診票（取引先様用）**

記入後は３階管理課へ提出してください。（土・日・夜間は防災センターへ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会社名** |  | **氏名** |  |
| **勤務地** |  | **連絡先電話番号** |  |

**本日訪問予定場所を記入してください。（複数ある場合は全て訪問予定場所を記入すること）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１** | **７日以内に急な発熱はありましたか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い　（症状がでた日：　　　月　　　日頃） |
| **２** | **７日以内にでてきた下記の症状はありますか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い  |
| 症状のどの痛み　　 鼻水　　 咳　　　 痰　　　  息苦しさ　　　 頭痛　　 下痢　　 強いだるさ(倦怠感) 味を感じなくなった　 　 においを感じなくなった |
| **３** | **１４日以内に周りで（同居人等）新型コロナウイルス感染症の診断をされた方はいますか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い（接触日：　　月　　日頃） |
| **４** | **１０日以内に新型コロナウイルス感染症に感染しましたか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い　（発症日：令和　　　年　　　月　　　日） |
| **５** | **新型コロナワクチン接種を行いましたか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い　（□　　　回接種：最終接種日：　　　　年　　　月　　　日） |

※この事前問診票はつがる総合病院ホームページ上に記載しておりますのでご利用ください。

令和5年5月 つがる西北五広域連合つがる総合病院