**新型コロナウイルス感染症に関する外来問診票**

記入後は受診する診療科の受付に提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受診** で来た | ⇒ | 氏名：　 | 生年月日：　　　年　　　月　　　日 |
| **付き添い** **代理受診** で来た | ⇒ | 氏名：　 | （患者氏名：　　　　　　　　　）（続　　柄：　　　　　　　　　） |

**本日受診予定の診療科全てに☑をしてください**

|  |
| --- |
| □ 整形外科 　 　 □ リウマチ科 　 □ 消･血･膠内科　 □ 脳神経内科　 □ 外科□ 循･呼･腎内科　 □ 内･糖･代内科　 □ 脳神経外科　　 □ 産科婦人科　 □ 小児科 　 □ 眼科　　　　　 □ 歯科口腔外科 □ 耳鼻咽喉科　　 □ 泌尿器科 　 □ 形成外科□ 精神科 　　　 □ 皮膚科　　　　 □ 人工透析　 □ リハビリ □ ＣＴ・ＭＲＩ□ 内視鏡　　　　 □ 健診センター　 □ その他( 　　　　　　　 ) |
| **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日以内にでてきた症状はありますか。** |
|  |  | □ いいえ | □ は　い （下記の項目もお答えください） |
| 症状がある場合は検査を受けていただく場合もあります**▼悪化した症状も含め、全てに☑をしてください。**□ 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：　　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） |