

新型コロナウイルス感染症に対する受診前問診用紙

当院におきましては、「新型コロナウイルス感染症」に対する感染症防止を徹底する為の方策として、関係省庁の通知および関連学会の見解等を踏まえ、当日の問診を実施しております。

今回「新型コロナウイルスPCR検査（唾液）」を行うにあたり、以下の質問にお答え下さいますようお願い致します。その結果、健康状態に問題があると判断された場合、検査は実施できませんので、ご理解ご協力の程、宜しくお願い致します。

【質問】以下の設問にお答え下さい。（はい・いいえ いずれかに○をして下さい）

- ① 37.5℃以上の発熱または、平熱より高い体温である。 （ はい ・ いいえ ）
- ② 倦怠感、呼吸困難の症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ③ 味覚・臭覚の低下症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ④ 吐き気・下痢・嘔吐の症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ⑤ 目の充血、腫れの症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ⑥ 発疹の症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ⑦ 関節痛の症状がある。 （ はい ・ いいえ ）
- ⑧ 14日以内に新型コロナウイルス患者、その疑いがある人と接触歴がある。
（ はい ・ いいえ ） 「はい」の場合 接触日 月 日
- ⑨ 新型コロナウイルス感染症接触アプリ（COCOA）で接触通知が来たことがある。
（ はい ・ いいえ ） 「はい」の場合 接触日 月 日
- ⑩ ⑨で「はい」と答えた方のみお答えください。
接触日から1ヶ月以上経過している。 （ はい ・ いいえ ）
- ⑪ 新型コロナウイルスに感染したことがある。
（ はい ・ いいえ ） 「はい」の場合 発症日 月 日

上記、質問の回答に相違ございません。検査実施の条件を満たしていないと判断された場合は、延期または中止の判断に従います。

西暦 年 月 日

署名 _____