

入院用

新型コロナウイルス感染症に関する問診票（入院）

入院時または手術前の患者さま、面会や付き添いの方々へお伺いいたします。

当院では、急性期の高度な医療を行っています。基礎疾患のため、あるいは治療のため抵抗力（免疫力）の低下している患者さんが多くいらっしゃいます。入院患者さんを感染症から守るために、厳重に対応しておりますので、どうぞご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

氏名： _____ 才 _____ （患者番号： _____）

A

▶ 当てはまるものにチェックをしてください
ふだんの生活などについてお伺いします。

体温 °C

質問				お答え	
①	2週間以内に新型コロナウイルスに感染している人と一緒にいたことがありますか？	いいえ	はい ⇒	その人と最後にあった日	()
				同居人が自宅療養の場合、療養解除日	()
②	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症の検査中の人と一緒にいたことがありますか？（当院内PCR検査センターにおける入院前検査の場合を除く）			いいえ	はい
③	2週間以内に、海外にいましたか？			いいえ	はい
④	2週間以内に、「海外に行ったあと、発熱や咳が出てきた人」と、一緒にいたことがありますか？			いいえ	はい
⑤	1週間以内に 、“3密”（換気の悪い密閉空間、人が密集する場所、近距離での密接な会話）の機会がありましたか？（保育園や学校は含みません） 例：自宅外での飲食、集会、カラオケ、コンサート、自宅内で家族（常に一緒に生活している人）以外の人との飲食、ホームパーティなど、 マスクなし での満員電車・バス乗車など			いいえ	はい
⑥	過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？	いいえ	はい ⇒	退院日または退所日	()
				自宅療養者は療養解除日	()

B

▶ 当てはまる症状はありますか？（ある ○、ない × をつけてください）

①	発熱（いつもより高い）		⑤	強いだるさ	
②	息苦しさ		⑥	臭いがわかりにくい	
③	せき		⑦	味がわかりにくい	
④	たん（痰）				

R3.11.16版