

新型コロナウイルス感染症についての問診票(紹介患者さん用)

【ご予約いただく医療機関へ】

日立総合病院では、感染予防対策として、問診票により患者さんの状況を確認しております。
当院へ患者さんをご紹介(ご予約)いただく際は、紹介状・予約申込書と併せてFAXをお願いいたします。

【電話で予約をされる患者さんへ】

受診日当日の状況をご記入いただきご持参ください。
(電話予約が可能な診療科・・・眼科・皮膚科・形成外科)

記載日: 年 月 日

コロナウイルス感染症ワクチン接種の有無		
有	1回目接種日	
	2回目接種日	
無		

氏名	居住地	都・県	市・町・村
----	-----	-----	-------

※該当する項目にチェックマークをご記入ください

1)ご自身が2週間以内に海外や茨城県外、居住地以外の市町村へ行きましたか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	場所(<input type="checkbox"/> 海外、 <input type="checkbox"/> 国内	都・県	市・町・村	日付(~)
------------------------------	-----------------------------	--	-----	-------	---------

2)ご自身の2週間以内の行動について(感染リスクの高まる5つの場面)

①普段同居している家族以外の他人とお酒を飲みましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
②家族以外の他人と飲食を一緒にしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
a. 5人以上で飲食をしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
b. 飲食の時間は1時間以上でしたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
③マスクを外して家族以外の他人と会話をしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
④寮やカラオケなど閉鎖された空間で他人と過ごしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑤更衣室や休憩室などでマスクを外して会話をしましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

3)ご自身が2週間以内に以下のような症状はありましたか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
	□熱(いつから 何度)			
	□咳 □呼吸苦(息苦しさ) □痰 □だるさ □味覚障害 □嗅覚障害			
	□その他(頭痛 筋肉・関節痛 食欲低下 吐き気 下痢)			
		①流行地域に行ったり、来た方との濃厚接触はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
		②家族や同僚などあなたのまわりで体調不良の方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
		③新型コロナウイルス感染症の疑いや診断された方との濃厚接触はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

4)ご自身がコロナ感染症の疑いや診断された方との濃厚接触はありますか

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

《重要》【外来受診日までのお願い】患者さん および 付き添うご家族の方へ

① 受診日までの2週間は、**感染流行地域への往来は必要最小限**にいただき、内閣官房対策推進室の示す**感染リスクが高まる「5つの場面」や「3密」を避けて**お過ごしください。

② **付き添い人数は最小限**にお願いします。

受診日当日に上記問診で『はい』に該当がありますと、予約日を変更させていただくことがございます。

感染防止のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

ご不安に思われることがございましたら、事前にご連絡ください。

日立総合病院 地域医療連携室

TEL: 0294-23-8343(平日8時~16時30分)

[改定日: 2021年9月1日]