

## 新型コロナウイルス感染症に関わる「問診票」

医療法人 蒼生会 楠本病院 行

FAX : 084-954-9085

医療機関名

診療科

医師名


次の事項を記載して頂き、「紹介患者 FAX 診療申込書」と一緒に FAX 送信してください。  
 原本は、診療情報提供書と一緒に、受診当日ご持参ください。

◇ 紹介予定患者

年 月 日 記入

氏名		生年月日		年		月		日		体温		℃
----	--	------	--	---	--	---	--	---	--	----	--	---

[1] 患者御本人の状態について

- 本日を含め、14日以内の状況についておたずねします。

①	37.5度以上の発熱がありましたか？	はい ・ いいえ
②	のどの痛み、味覚・嗅覚に異常はありますか？	はい ・ いいえ
③	広島県以外の都道府県への移動 または 海外渡航歴はありますか？	はい ・ いいえ
④	新型コロナウイルス流行地域滞在者との濃厚接触歴はありますか？	はい ・ いいえ
⑤	新型コロナウイルス感染症が確定した者との濃厚接触歴はありますか？	はい ・ いいえ

[2] 同居者（家族）の状態について

上記 ①～⑤ の内、「はい」がつく項目はありますか？	はい ・ いいえ
----------------------------	----------

[3] 受診当日の同行者の状態について

上記 ①～⑤ の内、「はい」がつく項目はありますか？	はい ・ いいえ
----------------------------	----------

◇ 特記事項（「はい」がついた項目について、詳細を御記入下さい）

【いつ、誰が、どういった症状があったか、どこへ行ったか 等 できるだけ詳しく】

※ 受診当日までに問診内容に変更が生じた場合には、

楠本病院 地域医療連携室（TEL：084-954-3030）まで御連絡ください。