

感染拡大防止のための受診当日問診票

今般のCOVID-19感染症が世界的に拡がり、専門家の議論を経ても全く先が見通せない状況です。歯科医院においても、今まで以上に感染予防に注意が必要な状況となりました。この状況に対応する為、当院では全ての患者様に以下の問診票にご協力いただき、新型コロナウイルスの感染拡大防止に努めたいと思います。これを機に更なる安心、安全な歯科医療の提供を行ってまいります。何卒、ご理解ご協力のほどをよろしくお願い致します。

1) 基礎疾患・免疫疾患がある はい いいえ

「はい」と答えた方は

下記の項目の当てはまるものにチェックを入れてください

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器系疾患 |
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> ステロイド長期投与 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤服用 |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | |

2) 37.5度以上の熱がある はい いいえ

3) 風邪に似た症状がある(喉の痛みや関節の痛みなど) はい いいえ

4) 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある はい いいえ

5) 味覚・嗅覚に異常がある はい いいえ

6) 2週間以内に海外への渡航歴がある はい いいえ

裏面にも記入をお願い致します

7) 新型コロナウイルス感染者、
またはその疑いがある者との接触がある

はい

いいえ

8) COVID-19感染症の検査を受けた、
または陽性と診断されたことがある

はい

いいえ

9) 現在、花粉症である

はい

いいえ

10) 周りに発熱している（していた）方がいる

はい

いいえ

11) 妊娠している

はい

いいえ

上記の記載に間違いございません。

令和 年 月 日

ご署名

【スタッフ記入欄】

体温： _____ °C 酸素飽和度： _____ %

待合室： _____

診療室： _____
