

入院当日(朝)の問診票

新型コロナウイルス感染対策のため、以下の質問にお答えください。

質問内容は事前にお目通しいただき、質問の“はい”に該当する場合は、事前にご連絡願います。

同居されているご家族も、質問1の“はい”に該当する場合は、ご連絡ください。

患者サポートセンターTel 011-521-0001

記載日：令和 年 月 日

お名前：さま

本日の体温：度

● 新型コロナワクチンを接種していますか。

いいえ	「はい」とお答えいただいた方へ		最終接種日	
	はい	接種回数〔 〕回	令和	年 月 日

質問 1. 以下の症状がありますか

① 発熱(37.5 度以上)	はい いいえ	⑦ 筋肉痛・節々の痛み	はい いいえ
② のどの痛み	はい いいえ	⑧ 強いだるさ	はい いいえ
③ 鼻水	はい いいえ	⑨ 臭い・味がわかりにくい	はい いいえ
④ 咳(せき)、痰(たん)	はい いいえ	⑩ 吐き気、下痢	はい いいえ
⑤ 息苦しさ	はい いいえ	⑪ 2週間以内に37.5度 以上の発熱や、②～⑩の症状があつた	はい いいえ
⑥ 頭痛	はい いいえ		

— 当院職員専用 —

- 全ての質問の中で、「はい」にひとつでも〇がついた場合は、主治医へ電話報告する

医師へ確認済 指示(問題なし PCR その他:)

- 病棟へ入院する前(正面入口対応職員、外来、管理当直など)に作成し、病棟へ提出する