

事前問診票

記入日：令和 年 月 日

氏名：

当日の体温： °C

感染対策強化のため、問診票を作成いたしました。

○以下の項目について問診いただき「はい」の場合や、当日の朝、検温して発熱と風邪症状があれば堀川病院 地域医療連携室へお電話下さい。

○来院時はマスク着用の上お越しください。ご理解、ご協力をお願い致します。

質問A： 2週間以内に下記の症状がありましたか？

①	37.5℃以上の発熱	はい・いいえ
②	のどの痛み	はい・いいえ
③	鼻水	はい・いいえ
④	咳(せき)	はい・いいえ
⑤	痰(たん)	はい・いいえ
⑥	息苦しさ	はい・いいえ

⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい・いいえ
⑧	臭いがわかりにくい	はい・いいえ
⑨	味がわかりにくい	はい・いいえ
⑩	吐き気・嘔吐	はい・いいえ
⑪	下痢	はい・いいえ

質問B： 当てはまるものにチェックをしてください

	質問	お答え
①	家族内(同居人)に発熱、風邪症状の方がいますか？	はい・いいえ
②	2週間以内に新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者との接触はありますか？	はい・いいえ
③	2週間以内に府外への出張・旅行はありますか？	はい・いいえ
④	2週間以内にいわゆる「3密」の機会がありましたか？ ※3密・・・換気の悪い密閉空間 多くの人の密集する場所 近距離での密接な会話	はい・いいえ

社会医療法人西陣健康会 堀川病院
地域医療連携室
TEL:075-417-3760
FAX:075-417-3766