

2022/6/20 ~

問 診 票

日付: 年 月 日

患者氏名: 体温: 度

同伴者氏名: 続柄: 体温: 度

同伴者氏名: 続柄: 体温: 度

新型コロナウイルス感染症対策のため、問診へのご協力をお願いします。

あてはまる□にチェックをしてください。

●本日の来院目的を教えてください。

- 整形外科 小児科 精神科 歯科 皮膚科 耳鼻科 泌尿器科
内科 眼科 リハビリ 療育 バンビ 面会 療育園入院 その他

ご本人・同居のご家族・付き添いや来院時に同乗の方・身近で接する方にお聞きします。

以下、チェック項目がある場合、受診等をお断りさせていただく場合があります。

●今日を含めこの1週間に、以下の症状はありましたか。

- 熱 咳 のどの痛み 鼻水<花粉症は除く> 嘔吐・下痢など
 味覚、嗅覚異常 倦怠感

●今現在、通われている園や施設(保育園・幼稚園・通所施設等)又は、学校(小学校・中学校・高校・大学・その他の各種学校等)の閉鎖はありませんか。

ある

【学級閉鎖・学年閉鎖・休校・休園・職場の閉鎖など】

ご協力ありがとうございました。