

2023/6/12 ~

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

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 通園センター 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5日間に、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、学校、通所施設、職場等で【学級閉鎖・学年閉鎖・休校・休園・閉所・職場の閉鎖】などはありませんか。

- ある

ご協力ありがとうございました。