

新型コロナウイルス対策問診票

記入日： / /

※患者さんの付き添いは不織布マスクを装着できる成人の方2名以内と、常に抱っこやおんぶ、ベビーカー乗車をしていただける1歳未満の乳児の方に限らせていただきます。

その他ご事情のある方は職員にご相談ください。

※新型コロナウイルス対策のため体調を伺わせていただきます。ご記入をお願いします。

患者名 _____ 記入者氏名 _____ 続柄 _____

下記の1. 患者さん本人、2. 付き添いの方、3. 同居のご家族の方のすべての方は

(1) 新しい生活様式(①自宅以外ではマスクをはずして会話はしない、②人との間隔を2m以上空けている、③人込みを避け、外出先から帰ったら、手洗い、うがいをしている等)を守っていますか はい・いいえ

(2) 10日以内に新型コロナウイルス感染症と診断された方または PCR 検査を受けた方と接触しませんでしたか (感染リスクや症状はなく、帰省などを目的としたPCR検査を除く) はい・いいえ

※ 接触した場合、どのような関係の方とどのように接触されましたか。 ()

※県外等への行動歴は問いませんが、感染している可能性が少しでも考えられる場合は、利用を自粛してください。

| | |
|---|--|
| 1. 患者さん本人: 本日の体温 _____ °C (職員が記入します) | |
| 現在を含め、10日以内に以下の症状がありましたか。 | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/) | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱 () 度 <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰の増加 <input type="checkbox"/> 強いだるさ |
| | <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 |
| | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚の異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他() |
| 2. 付き添いの方: ①本日の体温 _____ °C ②本日の体温 _____ °C (職員が記入します) | |
| 現在を含め、10日以内に以下の症状がありましたか。 | |
| ① <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/) | |
| ② <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/) | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱 () 度 <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰の増加 <input type="checkbox"/> 強いだるさ |
| | <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 |
| | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚の異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他() |
| 3. 同居しているご家族の方で、以下の症状のある方はいますか。 | |
| 現在を含め、10日以内に以下の症状がありましたか。 | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/) | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱 () 度 <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰の増加 <input type="checkbox"/> 強いだるさ |
| | <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 |
| | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚の異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他() |

10日以内で上記(1)、(2)で「はい」及び 1~3 すべての質問で「なし」で体温 37.5°C未満の方のみご利用できます。

記入後スキャンし保存

山形県立こども医療療育センター(令和4年7月1日~)