

新型コロナウイルス感染拡大防止のための当日問診票

2週間以内に該当する項目にチェックを入れてください。

① 2週間以内に同居家族を含め発熱があった。

いいえ

コロナワクチン接種後の発熱も含みます

はい→車にお戻りいただき、病院へお電話ください。☎0982-57-1011

② 2週間以内に咳・強いだるさ・息苦しさ・のどの痛みがあった。

いいえ

はい→車にお戻りいただき、病院へお電話ください。☎0982-57-1011

③ 2週間以内に味やにおいを感じにくいことがあった。

いいえ

はい→車にお戻りいただき、病院へお電話ください。☎0982-57-1011

④ 2週間以内に同居家族を含め県外へ行った。

いいえ

はい→車にお戻りいただき、病院へお電話ください。☎0982-57-1011

⑤ 2週間以内に同居家族を含め県外の方、県外往来者との接触があった。

いいえ

はい→車にお戻りいただき、病院へお電話ください。☎0982-57-1011

上記の記載に間違いありません。

令和 年 月 日

来院目的 受診 付き添い ご署名 _____

ご協力いただきありがとうございました。

受診時に診察券と一緒に提出をお願いします。

病院記入欄