

問診票

院内での新型コロナウイルス感染予防のため、
歯科治療以外でのマスクの着用をお願い致します。

氏名 _____ 2020年 _____ 月 _____ 日

1) 以下の症状で該当するものにチェックしてください。(複数可)

- 発熱 (37.5°C以上) _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____ °C
熱が出ているので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間
のどが痛い せきができる 味・においがわからない 下痢
上記すべてなし

2) 新型コロナウイルス感染した方と濃厚接触がありましたか？

- なし あり
感染者と同居、車内や航空機などで2メートル以内での長時間の会話
マスクや手袋などの個人防具なしで、感染者の看護・介護をしていた
感染が疑われる者の気道分泌物・体液などに触れた

3) 2020年2月以降に新型コロナウイルス感染が多発している海外に行きましたか？

- なし あり _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで
海外の場所 _____

4) 感染が多発した施設・あるいはイベントに行きましたか？

- なし あり _____ 月 _____ 日 場所 _____

5) 治療中の病気はありますか？

- なし あり 糖尿病 心臓疾患 呼吸器疾患 腎臓疾患
免疫抑制治療 がん 抗がん剤治療中
その他 具体的に (_____)

6) 女性の方にお伺いたします。授乳中あるいは妊娠中ですか？

- なし あり (授乳中 妊娠中)

ご協力ありがとうございました。入江歯科医院