

紹介患者感染対策問診票

・新型コロナウイルス感染対策のため、下記の事項について問診をしていただき

診療・画像予約時は診療予約票と一緒にFAXをお願い致します。

・現在の状況が確認できない場合、予約調整にお時間がかかる場合がございます。

【ご紹介医いただく患者様について】

紹介元医療機関	
患者氏名	様
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
申込み日	令和 年 月 日

- 1 本日の体温 (体温: °C)
- 2 過去4日以内の37.5°C以上の発熱 なし・あり (体温: °C)
- 3 感冒症状(鼻水・咳・咽頭痛など) なし・あり (症状:)
- 4 2週間以内に、新型コロナウイルス感染症者(疑い含む)に接触した いいえ・はい
- 5 直近の新型コロナウイルス感染歴 なし・あり (年 月)
- 6 新型コロナウイルスワクチン接種
なし・ 接種回数: 回 最終接種月日: 月 日

【お付き添いの方について】※必要時は原則 2名のご来院をお願いしております。

お付き添い予定 なし・あり ※「あり」の場合は以下の記載もお願いします。

お付き添いの方 氏名 (続柄:)

- 1 過去4日以内の37.5°C以上の発熱 なし・あり (体温: °C)
- 2 感冒症状(鼻水・咳・咽頭痛など) なし・あり (症状:)
- 3 2週間以内に、新型コロナウイルス感染症者(疑い含む)に接触した いいえ・はい

お付き添いの方 氏名 (続柄:)

- 1 過去4日以内の37.5°C以上の発熱 なし・あり (体温: °C)
- 2 感冒症状(鼻水・咳・咽頭痛など) なし・あり (症状:)
- 3 2週間以内に、新型コロナウイルス感染症者(疑い含む)に接触した いいえ・はい

ご協力 ありがとうございました

関門医療センター 地域医療連携室

2023.05.09改訂