

新型コロナウイルス感染拡大防止のための受診当日問診票

安心、安全な歯科医療のため、ご理解ご協力の程よろしく申し上げます。

	問診事項	回答欄	
1	37.5 度以上の熱がある	はい	いいえ
2	咳の症状や喉の痛みがある	はい	いいえ
3	強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある	はい	いいえ
4	過去 14 日以内に、海外への渡航歴がある	はい	いいえ
5	新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある者との接触がある	はい	いいえ
6	新型コロナウイルス感染症陽性と診断された	はい	いいえ
7	味や、においがおかしい	はい	いいえ
8	現在同居する人に発熱・咳がある	はい	いいえ
9	現在同居する人が自宅隔離を要請されている	はい	いいえ
10	過去 14 日以内に、海外渡航者との濃厚接触がある	はい	いいえ
11	過去14日以内に、ご家族も含め指定警戒都道府県 (東京、大阪、北海道、茨城、埼玉、千葉、神奈川、石川、岐阜、愛知、 京都、兵庫、福岡)に行った	はい	いいえ
12	過去 14 日以内に屋内の 50 人以上の集会・イベントに参加した	はい	いいえ

上記の記載に間違いありません。

2020年 月 日

ご署名: _____