

新型コロナウイルス感染症に関するチェックリスト Ver.3

みなさまに、安心・安全な医療と療育を提供するための問診表となります。該当項目によっては、医師の判断にて、本日の診療等をお断りする場合がございます。新型コロナウイルス感染拡大予防に、ご理解、ご協力のほどよろしくお願い致します。またチェックリストは、状況により適宜変更していきます。

日付 年 月 日

ID 氏名

検温 °C

A.当てはまるものをお教え下さい。

ご質問	はい	いいえ
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、新型コロナウイルス感染症の診断やPCR・抗原検査を受けたことがありますか？ (検査日：)	<input type="checkbox"/> ↓ 陰性・検査中	<input type="checkbox"/>
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、新型コロナウイルス感染症の方と接触したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内に、あなた、または同居の家族が、県外(海外も含む)に滞在していたことがありますか？ 地名()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6歳未満の患者様に対する質問です。当診療所では小児に対してもチェックリスト等により感染対策を実施していますが、十分な対策を実施していることに対して同意していただけますか？

年齢(歳)

同意する

B.あなた、または同居の家族が、以下の症状で、当てはまるものをお教え下さい。

ご質問	はい	対応
37.5°C以上の発熱または解熱後48時間以内	<input type="checkbox"/>	自宅静養 (電話診療・予約取直し)
息苦しさ	<input type="checkbox"/>	
強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/>	
においや味がしない	<input type="checkbox"/>	
4日以上持続する咳	<input type="checkbox"/>	かかりつけ医の受診や 処方の有無の確認 (受診していなければ、 かかりつけ医へ)
4日以上持続する喉の痛み	<input type="checkbox"/>	
4日以上持続する腹痛	<input type="checkbox"/>	
4日以上持続する下痢	<input type="checkbox"/>	

*当診療所は一般の小児科のような急性の風邪症状についての診療は、通常、行っておりません。