症状のある患者さんについてのご確認

患者名：（　　　　　　　　　　　　　 様　　）　 生年月日：(　　　　　　)年(　　　　　　)月(　　　　　　)日

(１)　**本日の体温：（　　　　　　）℃　血圧：（　　　　）／（　　　　）　脈拍：（　　　　）　SpO2：（　　　　）％**

(２)　**コロナ**の検査を最近されましたか？　（他院 含)

**した　　(Ⅰ)　（　　　　) 月(　　　　)日実施　　　　(Ⅱ)　結果　：　　陽性　　・　　　陰性**

**していない**

(３)　**インフルエンザ**の検査を最近されましたか？　（他院 含)

**した　　(Ⅰ)　（　　　　) 月(　　　　)日実施　　　　(Ⅱ)　結果　：　　陽性　　・　　　陰性**

**していない**

(４)　１０日以内に下記の症状がありましたか？

　**発熱　　　咳　　 咽頭痛　　 息苦しさ 　 目の充血　　 発疹　　 ﾘﾝﾊﾟ節腫脹**

(５)　１０日以内に ご家族 や 職場内の方 で (４)と同様の症状の方はいましたか？

**いない　　　　　　 　 いる　【症状が出ている方はどなたですか：（　　　　　　　　　　　　　　）】**

(６)　１ヶ月以内に海外へ行きましたか？

**いいえ　　　　 　 　　  はい　【どちらへ行きましたか：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】**

(７)　１０日以内に患者様 ・ ご家族 ・ 職場内等でうつり易い感染症にかかった方はいましたか？

**いない**

**いる 【新型コロナウイルス　インフルエンザ　風疹　水ぼうそう　はしか おたふく**

**その他（　　　 　　　 　　　　）】**

　(８) 当院で　コロナ　・　インフルエンザ検査を行っても良いですか？

**はい 　　いいえ**

　(９) **ご連絡先(携帯番号)**：**（　　　　　　　）－（　　　　　　　）－（　　　　　　　）**

**↑本人以外の場合　お名前：（　　　　　　　　　　　　　　）　ご関係：（　　　　　　　　）**