

【整形外科外来を受診される方へ】

下記のいずれかに該当する方は、事前にお電話ください。

0952-98-2695（整形外科直通）



(新型コロナウイルス感染予防)

問診票

★印以外はご来園前にご記入お願いします。

記入日 月 日

ご住所 _____

ご氏名 _____

今朝のご自宅での体温 _____ °C (平熱 _____ °C)

★当センター到着時の体温 _____ °C

(1) 24時間以内に37.5°C以上の発熱、または平熱より1.5°C以上高かったことがありましたか？
(ない ある)

(2) 下記の症状はありませんか？(2週間以内)

ねつ(37.5°C以上) さむけ きつい・だるい 食欲がない 頭痛 関節痛
筋肉痛 鼻水 鼻づまり せき のどの痛み はきけ おう吐 腹痛
下痢 頬のはれ 発疹(ブツブツ)
その他(_____)

ない

(3) 同居ご家族で、下記の症状の方はいらっしゃいませんか？(2週間以内)

ねつ(37.5°C以上) さむけ きつい・だるい 食欲がない 頭痛 関節痛
筋肉痛 鼻水 鼻づまり せき のどの痛み はきけ おう吐 腹痛
下痢 頬のはれ 発疹(ブツブツ)
その他(_____)

ない

(4) 2週間以内に、患者さんや同居家族・付添いの方が次の地域に「**居住・旅行・出張**」または次の地域から「**帰省**」を受け入れた場合

◎海外

◎コンサート、ライブ、などの**三密空間**

(ない ある _____)

ご記入は以上です。新型コロナウイルス感染拡大防止にご理解ご協力いただきありがとうございます。

(2020.06.29)

現在、2歳以上の患者様につきましては、院内でのマスク着用をお願いしております。

各自ご持参いただきますよう、よろしく願いいたします。