

感染拡大防止のための受診当日問診票

今般のCOVID-19感染症が世界的に広がり、歯科医院においても今まで以上に感染予防に注意が必要な状況となってきました。

この状況に対応するため、当院では全ての患者様に以下の問診票にご協力いただき新型コロナウイルスの感染拡大防止に努めたいと思います。これを機にさらなる安心、安全な歯科医療の提供を行ってまいります。

何卒、ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

- | | | |
|---|------------------------------------|-----|
| ① 基礎疾患・免疫疾患がある | はい | いいえ |
| 「はい」と答えた方 | | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器系疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> ステロイド長期投与 | |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤服用 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |
| ② 高熱がある（もしくは2週間以内に高熱があった） | はい | いいえ |
| ③ 2週間以内に比較的軽い風邪の症状が続いた
(例:喉の痛みや関節の痛みなど) | はい | いいえ |
| ④ 2週間以内に強いだるさ（倦怠感）
息苦しさ（呼吸困難）を感じたことがあった | はい | いいえ |
| ⑤ 2週間以内に味覚・嗅覚に異常があった | はい | いいえ |
| ⑥ 2週間以内に海外への渡航歴がある | はい | いいえ |
| ⑦ 2週間以内に新型コロナウイルス感染者、
または疑いがある者との接触がある | はい | いいえ |
| ⑧ 2週間以内にCOVID-19感染症の検査を受けた、
または陽性と診断されたことがある | はい | いいえ |
| ⑨ 以上の症状があった人が近接（家族等）にいた | はい | いいえ |
| ⑩ 現在、花粉症である | はい | いいえ |

上記の記載に間違いございません

年 月 日

ご署名