東京医科歯科大学医学部附属病院

初診予約事前確認項目

FAX番号　　03-5803-0285

記載日：　　　　年　　　　月　　　　日

新型コロナ感染症の院内感染を防ぐため、以下の質問への回答をお願いいたします。

１．　傷病名をご記入ください　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．　発熱（３７．５℃以上）はありますか　　☐　ない　　☐　ある　（　　　　℃）

　　　※「ある」の場合、いつ頃からですか　　　月　　　日～

３．　呼吸器症状はありますか。該当項目に〇をつけてください

　　　☐　ない　　☐　ある

　　　咳　・　痰　・　鼻水　・　のどの痛み　・　倦怠感

　　　※「ある」の場合、いつ頃からですか　　　月　　　日～

４．　嗅覚・味覚に異常はありませんか　　☐　ない　　☐　ある

　　　※「ある」の場合、いつ頃からですか　　　月　　　日～

５．　コロナの罹患歴または肺炎・コロナの疑いはありませんか

　　　☐　ない　　☐　ある

　　　※「ある」の場合、いつ頃からですか　　　月　　　日～

６．　新型コロナ肺炎患者（疑いを含む）及びその家族との接触はありますか

　　　☐　ない　　☐　ある

７．　周りに発熱症状がある人がいますか　　☐　いない　　☐　いる