

感染拡大防止のための受診当日問診票

今般のCOVID-19感染症が世界的に拡がり、専門家の議論を経ても全く先が見通せない状況です。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為、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。

これを機に更なる安心、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をよろしくお願い致します。

1) 基礎疾患・免疫疾患がある はい いいえ

「はい」と答えた方

下記の項目に当てはまるものにチェックを入れて下さい

- 糖尿病 心血管系疾患
- 高血圧 慢性呼吸器系疾患
- 癌 ステロイド長期投与
- 透析 免疫抑制剤服用
- その他 _____

2) 37.5度以上の熱がある はい いいえ

3) 風邪に似た症状がある（喉の痛みや関節の痛みなど） はい いいえ

4) 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある はい いいえ

5) 味覚・嗅覚に異常がある はい いいえ

6) 2週間以内に県外へ出掛けたことがある はい いいえ

7) 新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある者との接触がある はい いいえ

8) 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) 現在、花粉症である はい いいえ

10) 妊娠している 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 _____