

# 感染拡大防止のための受診当日問診票

COVID-19感染症が世界的に拡がり、専門家の議論を経ても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考えています。

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をよろしくお願い致します。

【天野歯科医院】

1) 基礎疾患・免疫疾患がある はい  いいえ

「はい」とお答えの方)

下記の項目に当てはまるものにチェックをお入れください

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| <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) 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週間以内に海外への渡航歴がある 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ありません

年 月 日

ご署名