**受診時問診票**

**～新型コロナウイルス感染症予防対策～**

新型コロナウイルス感染拡大予防のため、下記の問診票にご記入のうえ、受診時に健診センターの受付へご提出ください。

ただし、（１）～（６）に該当する症状や行動履歴がある場合（「はい」または「ある」にチェックがつく場合）は、受診をお控えいただくことになります。該当項目がある方は、事前に健診センターへご一報ください。

記入日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  |  | 本日の体温 | 度　　　　分 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 本日の体温は37.0度以上ですか | はい | いいえ |
| 1. 咳、痰、息切れ、呼吸困難などの呼吸器症状はありますか | ある | ない |
| 1. 嗅覚、味覚障害はありますか | ある | ない |
| 1. ２週間以内に新型コロナウイルス感染症の方、または濃厚接触者と接触されましたか | ある | ない |
| 1. ２週間以内に道外または海外へ行きましたか | ある | ない |
| 1. ２週間以内に新型コロナウイルス感染症の相談窓口への電話や「発熱外来」を利用しましたか | ある | ない |

**＊　ご来院時は必ずマスクの着用をお願いします。**

**天使病院　健診センター**

TEL　　 011-214-1553（直通）

E-mail　kenshin@tenshi.or.jp