

問 診 票

体 温 度

栃木医療センターにお越しになる患者さんおよびご家族等にお答えいただく問診票です、下記事項を記載していただきますよう、ご理解ご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名

(質問 1：受診 10 日以内の自覚症状について)

以下の症状がありましたか？ 「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

1	発熱 (37.5°C以上) いつ頃 ()	はい・いいえ	4	のどの痛み	はい・いいえ
2	咳 (せき)	はい・いいえ	5	痰	はい・いいえ
3	息苦しさ	はい・いいえ	6	下痢	はい・いいえ

(質問 2：直近の生活歴に関して)

以下の事項について「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

質 問		お 答 え	
1	周囲に感染症 (コロナウイルス、インフルエンザ、不明な感冒) の方がいますか？	はい	いいえ
2	ご自身または周囲の方が新型コロナウイルス感染症に罹りましたか？日付をお答えください。どなたが () (年 月 日～ 月 日)	はい	いいえ

質問 1 に「はい」がついたら有症外来、感染症疾患の検査を考慮 (質問 2 の 1 の情報も踏まえて) コロナ検査は遺伝子 (TRC) 検査、インフルエンザ (抗原)、ノロウイルス (抗原)、CD (抗原) 等 →検査陽性なら、隔離 (疾患ごとに定められた療養期間)。陰性なら、通常対応。

質問 1 の 1～3 に「はい」がつき、質問 2 の 1 が「はい」場合、7 日間隔離 (飛沫+接触感染予防策)
質問 1 で「いいえ」のみなら、通常対応

質問 1 で「いいえ」のみ、質問 2 の 1 で「はい」がついた場合、原則、通常対応。接触状況を確認し感染が強く疑われる場合等、必要に応じて有症外来や個室を考慮。

質問 2 の 2 で「はい」がついて、療養期間を終了していれば通常対応。
罹患から 1 か月未満ならコロナ検査は不要

令和 年 月 日 担当者名