

\*受診される当日に記入し、玄関の職員に渡してください。

【病院記入欄】

※体温は来院時計測します。

体温（患者） \_\_\_\_\_ °C

体温（付添） \_\_\_\_\_ °C

氏名 \_\_\_\_\_

診療科： 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 内科

症状や行動歴についてお伺いします。該当する項目に○を記入してください。

A. 本人・同居家族の方の行動歴（2日以内の行動歴）

	回答	
	あり	なし
・家族以外とマスクなしで15分以上の会話	あり	なし
・家族以外または普段接触のない方と会食	あり	なし

B. 接触歴（10日以内の移動歴）

	回答		「あり」の場合は具体的に 月 日～
	あり	なし	
・新型コロナウイルス感染者との接触	あり	なし	月 日～

C. 症状

症状	当日及び14日以内の症状		「あり」の場合は具体的に 月 日～
	あり	なし	
① 発熱（37.0以上）	あり	なし	月 日～
② のどの痛み	あり	なし	月 日～
③ 鼻水	あり	なし	月 日～
④ せき・痰	あり	なし	月 日～
⑤ 息苦しさ	あり	なし	月 日～
⑥ 強いたるさ（倦怠感）	あり	なし	月 日～
⑦ 臭いがわかりにくい	あり	なし	月 日～
⑧ 味がわかりにくい	あり	なし	月 日～
⑨ 吐き気・嘔吐	あり	なし	月 日～
⑩ 下痢	あり	なし	月 日～

上記項目に1つでも《あり》がある場合は、お手数ですが事前にお電話下さい。

谷口病院

電話番号：0858-26-1211