

*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 |
| ・家族以外の方や、普段食事をしない方との会食 | あり | なし |

B. 本人・同居人の接触歴（7日以内）

| | 回答 | | 「あり」の場合は具体的に 誰が（ ） いつ（ 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 | |

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 強いだるさ（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～ |

A・B・C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