

感染拡大防止のための受診当日問診票

今般のCOVID-19感染症が世界的に拡がり、専門家の議論を経ても全く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思います。

これを機に更なる安心、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。

*質問内容に不明な点がある場合は、お気軽にスタッフへお声掛けください。

1) 基礎疾患・免疫疾患がある（持病をもっている） はい いいえ

「はい」と答え方）

下記の項目に当てはまるものにチェックを入れてください

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 糖尿病 | ☐ 心血管系疾患 |
| ☐ 高血圧 | ☐ 慢性呼吸器系疾患 |
| ☐ 癌 | ☐ ステロイド長期投与 |
| ☐ 透析 | ☐ 免疫抑制剤服用 |
| ☐ その他 _____ | |

2) 37.5度以上の熱がある（過去2週間以内） 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週間以内に県外への移動歴がある 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) 新型コロナウイルス（COVID-19）のPCR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（咳、鼻水の症状等で診断された） 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ございません

* 2)～6)について、同居人が該当する場合も
「はい」に○を付けてください

年 月 日

ご署名 _____

デンタル オフィス K