

確認者名 ()
体温 _____℃ (検温時のみ)

患者さんの付き添いの方へお願い

新型コロナウイルス感染症の流行拡大を防ぐために、以下のアンケートへの回答にご協力をお願いいたします。記入後は外来受付にご提出ください。

感染が疑われる場合には、診療室内への付き添いをご遠慮いただいておりますので、ご了承ください。

付き添い者氏名 : _____

患者氏名 : _____ I D : _____

受診日 : _____年 _____月 _____日

はい・いいえのどちらかを○で囲んでご回答ください

1. せき、くしゃみなどの呼吸症状はありますか はい・いいえ
2. 体温が37.5℃以上ありますか はい・いいえ
3. 2週間以内に海外への渡航歴（海外からの帰国も含む）がありますか はい・いいえ
4. 2週間以内に海外への渡航歴（海外からの帰国も含む）がある方と接触（※）しましたか はい・いいえ
5. 2週間以内に新型コロナウイルス感染あるいは感染の疑いのある方と接触（※）しましたか はい・いいえ

※接触とは、新型コロナウイルス感染症が疑われる方と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった場合を指します。

ご協力有難うございました。

東京医科歯科大学歯学部附属病院

※担当医各位

本紙は、患者のアンケートと一緒に2枚のみ青いクリアファイルに入れて、他の患者のアンケートとは別にスキャンセンターに回してください。