



新型コロナウイルス 対策シート



新型コロナウイルス流行への対応として、新規外来受診、入院予定の全ての方を対象に以下の質問にお答えをお願いしています。

来院時より過去14日間に該当する事象があったかどうかについて質問します。

”はい・いいえ”のどちらかに、○をつけてください。

記入日 年 月 日

氏名 年齢 歳 性別 男・女

医療機関・施設名 記入者 続柄

◎ご本人についておたずねします。

症状	発熱(37.5度以上)がありましたか？	はい	いいえ
	呼吸器症状(せき、くしゃみ、のど痛、かすれ声、呼吸苦など)などありましたか？	はい	いいえ
	味覚(あじ)や嗅覚(におい)の異常はありましたか？	はい	いいえ
	検査で肺炎を指摘されましたか？	はい	いいえ
行動歴	新型コロナウイルス感染症確定者との濃厚接触はありましたか？	はい	いいえ
	最近2週間以内の海外又は流行地域への出入りはありましたか？	はい	いいえ
	最近2週間以内の集団感染発生場所への出入りはありましたか？	はい	いいえ
検査歴	新型コロナウイルス PCR、抗原、抗体検査を受けましたか？(過去14日間に限らず)	はい	いいえ
	※はいであれば検査日及び検査結果(結果待ちも含む)を記入ください。		

◎ご本人との接触者(家族、面会者、貴所属機関従業者等)についておたずねします。

症状	発熱(37.5度以上)がありましたか？	はい	いいえ
	呼吸器症状(せき、くしゃみ、のど痛、かすれ声、呼吸苦など)などありましたか？	はい	いいえ
	味覚(あじ)や嗅覚(におい)の異常はありましたか？	はい	いいえ
	検査で肺炎を指摘されましたか？	はい	いいえ
行動歴	新型コロナウイルス感染症確定者との濃厚接触はありましたか？	はい	いいえ
	最近2週間以内の海外又は流行地域への出入りはありましたか？	はい	いいえ
	最近2週間以内の集団感染発生場所への出入りはありましたか？	はい	いいえ
検査歴	新型コロナウイルス PCR、抗原、抗体検査を受けましたか？(過去14日間に限らず)	はい	いいえ
	※はいであれば検査日及び検査結果(結果待ちも含む)を記入ください。		

※上記の「ご本人との接触者」以外の方が、外来受診・入院に同行する場合は、その同行者のことも含めて記載してください。

その他特記事項	ワクチン接種(未・済)
---------	-------------

よろしくお願ひします

ご協力ありがとうございました。



医療法人新生十全会 京都ならびがおか病院

TEL:075-881-2830

FAX:075-864-2013