

# 新型コロナウイルス感染拡大防止対策にご協力ください

## この問診票は車の中で記入し、

2022.5～

受付時に「保険証」・「医療費受給資格者証」と一緒に受付に出してください

2週間以内の状況で

該当の項目にチェックしてください

すべてのある方は直接院内にお入りください

1つでもがない方は車の中から電話にてお知らせください

知人や家族に新型コロナウイルス感染症の方もしくはその疑いのある方は**いない**

家族や行動を共にする知人に発熱などの体調不良の方は**いない**。(その病気で当院受診されたお子様を除く)

県外に出ていない。同居家族以外の人と飲食をしていない。(子どもも保護者も)

( 長距離運転手さんなどお仕事で県外へ行かれる方には ) ( ) 県で仕事 その方の体調は ( 良い・不安 )  
申し訳ありませんが毎回の記入にご協力下さい。

受診される方の ふりがな ( 年齢 ) お名前 ( 才 )
登園・登校している園・学校名

密を避けるため特別な事情がある場合を除き保護者はお一人の付添でお願いします 付き添い者全員の お名前 続柄 ( )				
★本日ご来院の車のナンバーと色 プレート番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 色 ( )				

本日は

どういった症状で来院されましたか？

★連絡のつく

お電話番号

→その症状について、**詳しく**ご記入下さい。再診の場合も、前回受診後の経過を詳しくご記入下さい。

今の体温 ℃	☆ 新型コロナウイルスの感染を疑っていますか？ (はい・いいえ)

現在服薬中の薬が

ない  ある

・他院で処方された薬を内服中の場合 薬の名前を書いてください

「はい」の方は院内に入らずTELにてご連絡下さい

086-238-1010