

## 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。

1) 基礎疾患・免疫疾患がある 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

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病       | <input type="checkbox"/> 心血管系疾患    |
| <input type="checkbox"/> 高血圧       | <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器系疾患  |
| <input type="checkbox"/> 癌         | <input type="checkbox"/> ステロイド長期投与 |
| <input type="checkbox"/> 透析        | <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤服用   |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ |                                    |

2) 37.5度以上の熱がある 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週間以内に海外への渡航歴がある 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) COVID-19感染症の検査を受けた、  
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 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

年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_