

大済日第 858 号
令和5年2月 13 日

各医療機関の長 殿

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
大分県済生会日田病院
院 長 林 田 良 二



新型コロナウイルス感染症問診票の廃止について

平素から、当院の運営にご理解ならびにご協力をいただき、熱く御礼申し上げます。

令和2年より新型コロナウイルス感染の拡大に伴い、患者紹介予約および画像検査依頼につきましては、感染症防止のため、別紙の問診票を依頼しておりました。しかし、感染症の拡大が落ち着いてきたことや院内での防止策が定着したため、問診票の記入依頼を2/14～廃止いたします。なお、ホームページ内の問診票も削除いたします。長期間にわたり対応いただきありがとうございました。

なお、患者さんのご紹介につきましては、すべての診療科において今までどおり事前電話にて診察予約をお願いいたします。今後ともよろしく願いいたします。

【連絡先】

地域医療室 TEL 0973-22-8738

FAX 0973-22-8830

画像診断部受付

TEL 0973-22-8711

FAX 0973-22-8747

新型コロナウイルス感染症問診票

受診日時	令和 年 月 日 () (時 分) 報告者: _____
対象者 情報	氏 名 (_____ 様) 性別 (男 ・ 女) 生年月日 (_____ 年 月 日生) 年齢 (_____) <div style="text-align: center; border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; font-size: 1.2em; font-weight: bold; color: red;">令和5.2/14～廃止</div>
症状	【受診時のVS】 体 温 : _____ °C 脈 拍 : _____ 回/分 血 圧 : _____ / _____ mmHg SPO ₂ : _____ % 呼吸数 : _____ 回/分
	発 熱 (有 無) (_____ °C) ⇒いつから (_____ 月 日) → 解熱剤の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (最終使用日時: _____ 頃) 咳 (有 無) 鼻 汁 (有 無) 鼻 閉 (有 無) 倦怠感 (有 無) 悪 寒 (有 無) 頭 痛 (有 無) 眼 充 血 (有 無) 呼 吸 苦 (有 無) 咽 頭 痛 (有 無) 関 節 痛 (有 無) 筋 肉 痛 (有 無) 吐 き 気 (有 無) 下 痢 (有 無) 食 欲 不 振 (有 無) 味 覚 障 害 (有 無) 嗅 覚 障 害 (有 無) 喀 痰 (有 無) その他 (_____)
渡航歴・ 接触歴	<input type="checkbox"/> 流行地域への移動歴がある / <input type="checkbox"/> 海外への渡航歴がある 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃 詳細な地域名 (_____) <input type="checkbox"/> 流行地への移動歴がある方と接触した または <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス患者または疑い患者と接触した 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃 接触場所 (_____) 接触人物[相手] (_____) 接触状況 (_____) <input type="checkbox"/> 渡航歴/接触歴なし
その他 情報	・ 家族構成(同居家族): _____ ・ 基礎疾患: _____ ・ 常用薬: _____ ・ 喫煙歴: _____ ・ アレルギー / 喘息: _____ ・ 職業: _____
備考	

※新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、記入の御協力をお願い致します。