

問診票（紹介患者様用）

南東北病院ID：

記入日：令和 年 月 日

| | |
|--------------------|-------------|
| 紹介元医療機関名： | 氏名： (本人・家族) |
| 携帯電話番号： (本人・家族) | 本日の体温： °C |

以下の当てはまるものに○をつけて下さい。該当する場合は詳細を記入をお願いします。

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 発熱（37.0℃以上） | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 感冒症状がある | |
| 咳 | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 咽頭痛 | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 呼吸苦（息苦しさ） | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| その他（ ） | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 強いだるさ | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 味覚障害・嗅覚障害 | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 解熱剤服用 | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 新型コロナウイルスに感染した事がある | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| 新型コロナウイルス感染者又は疑いの方との濃厚接触 | あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし |
| ※「あり」の方のみ 具体的に場所とご関係を教えてください | 場所： |
| | ご関係： |
| 新型コロナワクチンの接種の有無 | あり（ ）回目・最終接種日（令和 年 月 日） |
| | なし |

受診当日、ご自宅で体温測定をしてお来院下さい。ご協力ありがとうございました。

一般財団法人脳神経疾患研究所 総合南東北病院 病診連携室
TEL 0120-60-5533 FAX 024-934-5328

令和5年1月20日 改定