

## 問診票(福山市外から受診される場合)

新型コロナウイルス感染予防のため、福山市外から受診される患者さんに対し、下記の間診をとらせていただきます。  
お手数ですが、問診記入後、当院 地域医療連携室までFAXをお願いいたします。

**※ 当院にご来院される際は、必ずサージカルマスクをご着用ください。ご協力をお願いいたします。**

### <ご依頼元医療機関>

脳神経センター大田記念病院  
地域医療連携室 行  
TEL : 084-975-3900  
FAX : 084-928-2769

ご施設名	
TEL	
FAX	

### ■患者基本情報

フリガナ		性別	男 ・ 女 ・ 不明
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳)
現在住んでいる(入院している)住所			

### 【A項目】

#### ■現在の症状について

① 37.5度以上の発熱がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
② 咳、鼻水などの感冒症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
③ 嗅覚、味覚の異常がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
④ 2週間以内に5人以上集まる会食を行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
⑤ 生活圏(広島・岡山)県以外に訪問されましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ ⑤で「はい」と答えた場合 ⇒ 移動した県を記入してください。	最終訪問日： 月 日		

### 【B項目】

#### ■最近の状況について

① 1ヵ月以内に、患者さまと普段接触している方が、COVID-19と診断されましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
② ①で「はい」と答えた場合 ⇒ その詳細を記入してください。	最終接触日： 月 日		
③ 2週間以内に、周囲にCOVID-19発生者がいましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
④ ③で「はい」と答えた場合 ⇒ その詳細を記入してください。	最終接触日： 月 日		
⑤ 入院あるいは通院されている病院で、1ヵ月以内にCOVID-19が発生しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
⑥ ⑤で「はい」と答えた場合 ⇒ その詳細を記入してください。	最終接触日： 月 日		

その他、患者さまについて特記すべき事項がありましたらご記入ください。

### 【お願い】

A項目に1つでも「はい」があれば、紹介元医療機関にて、肺CT検査、血液検査などの「精密検査」を行ってください。

B項目に1つでも「はい」があれば、当院の医師が「受診の可否」について確認を行い、紹介元医療機関へご連絡します。