新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

当院ではすべ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お願い致します。

1. 2週間以内に海外渡航歴がある	はい	いいえ
2. 2週間以内に県外に行かれたことがある
(場所：)	はい	いいえ
3. 最近、発熱したことがある
(いつ頃： 、 °C)	はい	いいえ
4. 咳が出る(喘息、花粉症は除く)	はい	いいえ
5. 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
6. 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさがある	はい	いいえ
7. 味覚、嗅覚に異常がある	はい	いいえ
8. 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
9. 新型コロナウイルス感染症の検査を
受けた、または陽性と診断されたことが
ある	はい
(いつ頃：)	いいえ

年 月 日

ご署名 _____

一つでも該当するものがありましたら、場合によってはご予約を変更させていただくことがございますのでご了承ください。

さくらのもり歯科医院