

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

新型コロナウイルス感染予防のため次の事項にご記入の上、お手数ですが「紹介患者診療申込票」と「診療情報提供書」と一緒にFAXいただきますようお願いいたします。

(記入日 年 月 日)

【 ご依頼元医療機関 】

福山循環器病院
地域医療連携室 行
FAX: 084-929-1140

医療機関名

TEL

FAX

紹介患者	(名前)
	(生年月日) 年 月 日

- 1) 37.5度以上の熱が出たり出なかったりを繰り返していますか。 はい ・ いいえ
- 2) 咳、鼻水などの感冒症状がありますか。 はい ・ いいえ
- 3) 味覚、嗅覚の異常がありますか。 はい ・ いいえ
- 4) 新型コロナウイルス感染症または疑いの方と接触がありますか。 はい ・ いいえ
- 5) 今日から5日以内に
新型コロナウイルス流行地域に行きましたか。 はい ・ いいえ
または流行地域に居住しています(居住していました)か。 (行先・居住地)
- 6) 新型コロナウイルス流行地域に居住されている方との
接触がありますか。 はい ・ いいえ

(その他)