

問診票（小児科・小児外科） 体温 _____ 度

栃木医療センターにお越しになる患者さんおよびご家族等にお答えいただく問診票です、下記事項を記載していただきますよう、ご理解ご協力をお願いいたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

(質問1：受診10日以内の自覚症状について)

以下の症状がありましたか？ 「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------|---|-------|--------|
| 1 | 発熱 (37.5°C以上) いつ頃 () | はい・いいえ | 4 | のどの痛み | はい・いいえ |
| 2 | 咳 (せき) | はい・いいえ | 5 | 痰 | はい・いいえ |
| 3 | 息苦しさ | はい・いいえ | 6 | 下痢 | はい・いいえ |

(質問2：直近の生活歴に関して)

以下の事項について「はい」もしくは「いいえ」に○をつけてください。

| | 質 問 | お 答 え | |
|---|---|-------|-----|
| 1 | 周囲に感染症（新型コロナウイルス、インフルエンザ、 感冒<かぜ>、下痢症状）の方がいますか？ | はい | いいえ |
| 2 | 新型コロナウイルス感染症に罹りましたか？ 日付をお答えください。 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) | はい | いいえ |

質問1に「はい」がついたら隔離室へ案内、感染症疾患の検査を考慮（質問2の1の情報も踏まえて）

質問1の1~3に「はい」がつき、質問2の1が「はい」場合、
感染原因が不明の場合、7日間隔離（飛沫+接触感染予防策）
質問1ですべて「いいえ」のみなら、通常対応

質問1で「いいえ」のみ、質問2の1で「はい」がついた場合、原則、通常対応。
接触状況を確認し感染が強く疑われる場合等、必要に応じて隔離室を考慮。

質問2の2で「はい」がついて、療養期間（10日間）を過ぎていれば通常対応。
罹患から1か月未満ならコロナ検査は不要

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者名 _____