

【 新型コロナウイルス感染症に関する調査用紙 】

ご紹介元医療機関名： \_\_\_\_\_

ご記入日： 月 日 ( ) 曜日

体温 ( ) °C

ふりがな		様	ご 関 係 : ○をつけてください	
お名前			患者さん	ご本人
			その他 ( )	

**1. ここ2週間以内の生活について、お伺いします。**

① 秋田県外へ出かけた。 はい ・ いいえ

「はい」の方は地域名を記入して下さい ⇒ ( )

② 秋田県以外の方との接触の有無。 あり ・ なし

「あり」の方は地域名を記入して下さい ⇒ ( )

③ 新型コロナウイルス感染症の方との接触の有無 あり ・ なし

④ 新型コロナウイルス感染症の方と濃厚接触した方との  
接触の有無 あり ・ なし

**2. ここ2週間前から現在までの体調について、お伺いします。**

① 発熱・下痢などの感冒・腹部症状の有無。 あり ・ なし

② におい(嗅覚)・味(味覚)の変化 などの異常の有無。 あり ・ なし

**3. 来院する前の地域名(現住所)について、お伺いします。**

① 秋田県内から来院した。 はい ・ いいえ

「いいえ」の方は地域名を記入して下さい ⇒ ( )

～ ご協力ありがとうございました ～

- ・ 紹介元医療機関様から紹介時、Fax・電話で情報提供をお願いします。
- ・ 来院される方は病院窓口まで、この調査用紙をご持参ください。