紹介患者さんの新型コロナウイルス感染症に関する質問票

【ご紹介いただく医療機関へ】

水戸ブレインハートセンターでは、感染予防対策として患者さんの状況を確認しております。当院へ緊急性のある患者さんを紹介いただく際は、お電話後に診療情報提供書と併せて質問票の FAX をお願いします。通常ご紹介の場合は、患者さんに質問票をご記入いただき、ご持参いただきますようお願いします。

本人氏名：	連絡先(TEL)：　　－　　－
付き添われる家族氏名：	(続柄：　　)
	連絡先(TEL)：　　－　　－

【身体症状】

ご自身と同居している家族などが、この２週間以内（現在も含む）に下記の症状がありましたか？

本人	同居している人	症状
□はい□いいえ	□はい□いいえ	発熱（37.0℃以上）している　：現在　本人　　℃ □PCR 検査実施（　月　日） □コロナ抗原（　月　日）
□はい□いいえ	□はい□いいえ	咳　・　痰　・　息苦しさ　・　咽頭痛
□はい□いいえ	□はい□いいえ	倦怠感（だるさ）　・　頭痛
□はい□いいえ	□はい□いいえ	味覚・嗅覚の異常

【ワクチン接種の有無】

１回目	月　日　済　・　予定	３回目	月　日　済　・　予定
２回目	月　日　済　・　予定	４回目	月　日　済　・　予定

【行動確認】

ご自身と同居する方などが、この２週間以内に以下にあてはまりますか？

本人	同居している人	症状
□はい□いいえ	□はい□いいえ	当院以外の医療機関・介護施設に行った。最終訪問日：　月　日 ※入所はショートステイ等も含みます □外来・通所：施設名（　　）
□はい□いいえ	□はい□いいえ	３密（密集・密閉・密接）が疑われる場所に滞在しましたか？
□はい□いいえ	□はい□いいえ	コロナ感染症と診断された方との濃厚接触はありましたか？

記載日：　　年　　月　　日

医療機関名：

※当院来院時（入館時）に体温測定を実施しております。質問票と重複しておりますがご了承ください。
来院時の付きそいは、３密を防ぐため最小限でお願いします。

水戸ブレインハートセンター　医療連携相談室
Tel　029-222-7007（代）
Fax　029-224-0670（直通）