

## 感染対策に関わる質問事項

【患者様用】

氏名 ( ) 日付 (令和 2 年/ / )

1 本日の体温 計測値 ( °C)

2 咳はありますか はい ・ いいえ

3 最近、味覚の変化を感じたことはありますか はい ・ いいえ

4 同居する人に熱や咳の症状がある人はいますか はい ・ いいえ

5 同居する人に自宅隔離の要請が出ている人は  
いますか はい ・ いいえ

6 県外へ過去14日以内に行ったことはありますか はい ・ いいえ

はいと答えた方は、いつ・どこの地域ですか 時期 ( )  
場所 ( )

7 同居する人の中で県外へ過去14日以内に行った  
ことがある方はいますか はい ・ いいえ

はいと答えた方は、どなたがいつ・どこの地域に行  
かれましたか 続柄 ( )  
時期 ( )  
場所 ( )

8 50人以上が集まるイベントに過去14日以内に  
参加したことはありますか はい ・ いいえ

3密といわれる場

9 (カラオケ・バー・ナイトクラブなど) に  
過去14日以内に立ち入ったことはありますか はい ・ いいえ

10 海外に過去14日以内に行ったことはありますか はい ・ いいえ

はいと答えた方は、いつ・どこの国ですか 時期 ( )  
国 ( )

\*本質問事項は感染確認以外の目的で使用はいたしません。

倉敷平成病院 歯科