

新型コロナウイルスに関する問診票・同意書

Questionnaire and Consent form for Covid-19

皆様の安全のため、感染拡大防止にご協力をお願いいたします。

下記の内容を理解し、感染予防対策に同意いたします。

Date 2020年y 月m 日d 氏名 Name _____

本日（受診日）から過去2週間以内に、下記の症状がある方は診察をお受けいただけませんので、お電話にてご予約変更を承ります。

1. 本日の体温 Body temp. _____ °C

(妊娠中の方は37.5°C未満、その他の方は37°C未満でないと院内にお入りいただけません)

2. 現在なにか風邪症状（発熱・鼻水・喉の痛みなど）はありますか？ Do you have any symptoms?
なし No ・ あり Yes

3. 2週間以内に、発熱・風邪の症状がありましたか？ Did you have any symptoms past 2weeks?
いいえ No ・ はい Yes

4. ご自身または同居されている方が、2週間以内に海外から戻られましたか？
Did you or your family members travel overseas in 2weeks?
いいえ No ・ はい Yes

5. 新型コロナウイルスに感染した、または発熱、風邪症状がある方が身近にいらっしゃいますか？
Do you have anyone who had coronavirus near you?
いいえ No ・ はい Yes

↓

保健所の指示に従い、ご来院はお控えください。

Please follow the public health center regulation, and please do not visit us.

上記のいずれかに「はい」がひとつでもある場合はお電話にてご予約の変更を承ります。

If you check YES, you may need to change your appointment, please call us.

ご協力いただきましてありがとうございました。

Thank you for your cooperation.

東京マザーズクリニック 院長

Rev.2020.08.1