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。

氏名：	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	家族・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）　：現在　本人　　℃ □PCR 検査実施（　月　日）　□コロナ抗原（　月　日） ※可能であれば、発熱時コロナ抗原検査をお願いします。
□はい□いいえ	□はい□いいえ	咳　・　痰　・　息苦しさ
□はい□いいえ	□はい□いいえ	倦怠感（だるさ）
□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	2 回目	月　日　済　・　予定

【行動確認】

ご自身と同居する方が、この 4 週間以内に以下にあてはまりますか？

本人	家族・同居している人	症状
□はい□いいえ	□はい□いいえ	海外から帰ってきた
□はい□いいえ	□はい□いいえ	首都圏や流行地域に通勤・通学している　または往来があった
□はい□いいえ	□はい□いいえ	他県から移住してきた
□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 □外来・通所：施設名（　　） 最終訪問日：　月　日
□はい□いいえ	□はい□いいえ	□入院□入所：　施設名（　　） ※入所はショートステイ等も含みます 入院・入所期間：（　月　日　～　月　日）
□はい□いいえ	□はい□いいえ	コロナ感染症の疑いや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）