

確認者名 ( )  
体温 \_\_\_\_\_ °C (検温時のみ)  
診察 実施 ・ 不診

## 来院された患者さんへお願い

新型コロナウイルス感染症の流行拡大を防ぐために、受診前に以下のアンケートへの回答にご協力をお願いいたします。

記入後は、外来受付にご提出ください。

氏 名 : \_\_\_\_\_ I D : \_\_\_\_\_

受診外来 : \_\_\_\_\_

受診日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

はい・いいえのどちらかを○で囲んでご回答ください

1. せき、くしゃみなどの呼吸症状はありますか はい・いいえ
2. 体温が37.5℃以上ありますか はい・いいえ
3. 2週間以内に海外への渡航歴（海外からの帰国も含む）がありますか はい・いいえ
4. 2週間以内に海外への渡航歴（海外からの帰国も含む）がある方と接触（※）しましたか はい・いいえ
5. 2週間以内に新型コロナウイルス感染あるいは感染の疑いのある方と接触（※）しましたか はい・いいえ

※接触とは、新型コロナウイルス感染症が疑われる方と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった場合を指します。

ご協力有難うございました。

東京医科歯科大学歯学部附属病院

※担当医各位

本紙は、当日の最終受診科で回収し、スキャンセンターに回してください。