

東京科学大学病院
初診予約事前確認項目

FAX番号 03-5803-0285

記載日： 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の院内感染を防ぐため、以下の質問への回答をお願いいたします。

1. 傷病名をご記入ください

2. 発熱（37.5℃以上）はありますか ない ある（ ℃）
※「ある」の場合、いつ頃からですか 月 日～
3. 呼吸器症状はありますか。該当項目に○をつけてください
 ない ある
咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ 倦怠感
※「ある」の場合、いつ頃からですか 月 日～
4. 嗅覚・味覚に異常はありませんか ない ある
※「ある」の場合、いつ頃からですか 月 日～
5. コロナの罹患歴または肺炎・コロナの疑いはありませんか
 ない ある
※「ある」の場合、いつ頃からですか 月 日～
6. 新型コロナウイルス肺炎患者（疑いを含む）及びその家族との接触はありますか
 ない ある
7. 周りに発熱症状がある人がいますか いない いる