



感染拡大防止のための受診当日問診票

今般の COVID-19 感染症流行により、歯科医院においても、今まで以上に感染予防に注意が必要な状況となっております。

該当項目によっては、担当医の判断にて本日の治療をお断りさせて頂く場合がございますことをご了承頂きますようお願い申し上げます。

感染症拡大防止のため、何卒、ご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。

1) 以下の症状がある はい いいえ

「はい」と答えた方)

- ・下記の項目に当てはまるものにチェックを入れてください

☐ 37.5℃以上の発熱 ☐ のどの痛み ☐ せき ☐ たん

☐倦怠感 ☐味覚・嗅覚の異常 ☐息苦しさ

□その他（ ）

- ・症状はいつからありますか？ () 日前から

2) 海外から帰国後7日以内である

「はい」と答えた方)

- 滞 在 国 ()

- ・ワクチン接種証明書はお持ちですか？ はい いいえ

- ・帰国後3日目に検査を受け、
陰性確認がとれていますか？
- はい いいえ

3) 5日以内に感染対策なしで
コロナウイルス陽性者と接触した

※「感染対策なし」の定義

- お互いにマスクなしで、手が触れる距離で 15 分以上会話した
- 陽性者がマスクを着用せず、手が触れる距離で 15 分以上会話した

年 月 日

ご署名