

問診票（紹介患者様用）

南東北病院ID：

記入日：令和 年 月 日

紹介元医療機関名：	氏名： (本人・家族)
携帯電話番号： (本人・家族)	本日の体温： °C

以下の当てはまるものに○をつけて下さい。該当する場合は詳細を記入をお願いします。

発熱（37.0℃以上）	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
感冒症状がある	
咳	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
咽頭痛	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
呼吸苦（息苦しさ）	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
その他（ ）	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
強いたるさ	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
味覚障害・嗅覚障害	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
解熱剤服用	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
新型コロナウイルスに感染した事がある	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
新型コロナウイルス感染者又は疑いの方との濃厚接触	あり：令和 年 月 日～ 月 日 ・ なし
※「あり」の方のみ 具体的に場所とご関係を教えてください	場所：
	ご関係：
新型コロナワクチンの接種の有無	あり（ ）回目・最終接種日（令和 年 月 日）
	なし

受診当日、ご自宅で体温測定をしてお来院下さい。ご協力ありがとうございました。

一般財団法人脳神経疾患研究所 総合南東北病院 病診連携室
TEL 0120-60-5533 FAX 024-934-5328

令和5年1月20日 改定