

来院された患者さんへのお願い

新型コロナウイルス感染拡大防止のために、受診前に以下の問診票にご記入いただき、新型コロナウイルスの感染拡大防止に努めたいと思います。
これを機に更なる安心安全な歯科治療の提供を行ってまいります。
何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます

年 月 日

氏名 _____

はい、いいえのどちらかを○で囲んでご回答ください

- 1) せきの症状やのどの痛みがある はい ・ いいえ
- 2) 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある はい ・ いいえ
- 3) 37.5° 以上の熱がある 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 はい ・ いいえ
- 5) 2週間以内に新型コロナウイルス感染者、またはその疑いが有る者との接触がある はい ・ いいえ
- 6) 2週間以内に屋内で50人以上が集まる集会、イベント等に参加したことがある はい ・ いいえ
- 7) 匂いや味が分かりにくい症状がある はい ・ いいえ
- 8) 新型コロナウイルス感染歴があり、体調不良が継続している はい ・ いいえ

体温 _____

目白歯科矯正歯科