

北海道医療センター小児科患者付き添い者用スクリーニングフォーム

空欄に必要事項を記載し、該当項目に✓してください。太線の枠内の項目を記載ください。

名前(付き添い者)		名前(患者) / 当院のID	/		
生年月日	年 月 日	性別	男・女	記入日	年 月 日
職業		携帯電話番号	- -		
患者様との関係		同居	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 公共交通 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 施設車両				

質問1(接触歴)

過去14日以内に新型コロナウイルス感染症患者あるいは濃厚接触者との接触はありますか？

有 無

質問2(渡航歴・流行地への滞在歴)

過去14日以内に新型コロナウイルス感染症流行地域への旅行や滞在歴はありますか？

有 無

質問3(3密への出入り)

過去14日以内に3密(密閉・密集・密接)の空間での飲食を伴う集まりに参加しましたか？

有 無

質問4(臨床症状)

過去14日以内に下記の症状がありませんでしたか？

37.5度以上の発熱 咳 呼吸苦・息切れ 臭覚・味覚の異常

筋肉痛 倦怠感 咽頭痛

その他気になる症状()

北海道医療センター確認欄	確認日	年 月 日	確認者	
--------------	-----	-------	-----	--