

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