

## 感染症対策へのご協力をお願いします。

当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来ました。つきましては、以下の問診票にご協力いただきたいと思います。これを機にさらに安心、安全な歯科医療の提供を行ってまいります。何卒ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

問診事項	回答欄
「37.5℃以上の発熱」や「咳」がある	はい いいえ
喉の症状や痛みがある	はい いいえ
最近味やにおいがわからなくなった	はい いいえ
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
現在、同居する人に発熱・咳などの症状がある	はい いいえ
同居する人が自宅隔離を要請されている	はい いいえ
14日以内に、海外渡航の履歴がある	はい いいえ
14日以内に、海外から帰国した人との濃厚接触歴がある方	はい いいえ
14日以内に、感染者数が急増している都道府県に出かけたことがある方<東京 神奈川 埼玉 千葉 大阪 兵庫 福岡等 >	はい いいえ
14日以内に、屋内で50人以上が集まる集会に参加したことがある方	はい いいえ
新型コロナウイルス感染症「陽性」と診断されたことがある	はい いいえ

上記に該当する方は診療の延期を強くお勧めします。

症状から感染の心配がある方は帰国者・接触者外来（新型コロナウイルスに関する帰国者・接触者相談センター）に連絡してください。

<昭和保健センター 052-735-3964>

何かありましたら当院からお電話をさせていただく場合があります。

（電話番号や住所が変わった方は受付へお伝えください）

以上に同意いただける方は下記に署名をお願いいたします。

心配な方は診療の延期をお勧めいたします。

令和2年 月 日

署名 \_\_\_\_\_