

## 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」、「喉の痛み」などの症状がある	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
3日以内に、海外渡航歴、帰国者との濃厚接触歴のある方	はい いいえ
3日以内に、感染者数急増地域への出かけた方	はい いいえ
3日以内に、3密空間で多人数での集会に参加した方	はい いいえ
新型コロナウイルス感染症の診断された、または濃厚接触者の方	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。

※なお、受診時期によって上記項目に該当しても問題なく診療できる場合もあります。刻々と状況が変化しているためご了承ください。

コロナワクチン接種について	_____ 回目接種済・未接種
本日から前後2週間以内に接種または接種予定の方	_____ 月 _____ 日 _____ 回目 接種・接種予定

なお感染症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）

当院では院内掲示等のように感染防止に留意した対応を行っており、保険診療において乳幼児感染予防加算または歯科外来等感染症対策実施加算を算定させていただきます。

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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_