

予約患者様 事前問診票

【送信先】

坂総合病院 地域医療連携室
 〒985-8506 塩釜市錦町16番5号
 TEL:022-361-4700
 FAX:022-365-3620



【送信元】

医療機関名
 医師氏名 先生
 TEL:
 FAX:

▽患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男	大 昭 平 令
		女	年 月 日生

▽事前問診

以下の内容に該当するものがあれば□にチェックして下さい。

○現在

- 4日以上続く発熱(解熱剤を飲み続けている)や、かぜ症状がある。
 基礎疾患ある方は2日以上。

○最近2週間以内に

- PCR陽性患者と濃厚接触があった(保健所からの連絡をもらっている)。
 濃厚接触者との接点があった。
 周囲に発熱している人がいた。
 県外に出かけた、県外から来た人物との接点があった(首都圏など特定警戒地域)
 不特定多数の屋内イベントに参加した。
 いわゆる夜の街で、接待を伴う店を利用した。

- 上記項目に該当しない

▽連絡事項等記入欄

患者様が当院に来院される前のご教示に、何卒ご協力お願いいたします。

坂総合病院 地域医療連携センター
 センター長 渡部 潔

2020.7