Obstetrics Outpatient Questionnaire on Arrival

産科外来来院時問診票

yyyy 年 mm 月 dd 日　ID：　　Name/氏名：

・Body Temperature at the time of arrival / 来院時の体温　　（　　）℃

・Do you have any symptoms of common cold? (Cough / Sore throat / Running Nose/ Heavy-headed / Fatigue) 感冒症状の有無（咳嗽・鼻汁・頭重感・倦怠感等）　　（Yes /ある ・ No /ない）

・Do you feel loss of taste and /or smell? 味覚異常や嗅覚異常の有無　　（Yes /ある ・ No /ない）

・Within one month, do you have a family member living with you who has been diagnosed or suspected of having COVID-19? Or do you have a history of close contact with a family member who has been diagnosed with or suspected of having COVID-19?

コロナウイルス感染症の診断がついた（もしくは疑いのある）同居のご家族がいる、又は濃厚接触歴がありますか.

（Yes/過去１ヶ月以内にあり: How long ago? ____days ago 日前/weeks ago 週間前頃 ・No/なし）

（Yes/過去１ヶ月以内にあり: When did it happen? approximately mm 月 dd 日頃 ・No/なし）

・Is there anyone in the family living with you who has a fever or is sick?

同居家族内での発熱者もしくは体調不良者はいませんか　　（Yes /ある ・ No /ない）

※In case you have temperature over 37.0℃ and/or relevant parts the above, we will respond to you individually.

体温が 37.0℃以上もしくは、該当項目がある場合には個別に対応させて頂きます。