参考　1

**新型コロナウイルス感染症　内視鏡検査前症状日誌 (案)**

患者様へ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内視鏡検査の当日まで、以下の症状日誌に記入して検査当日に持参してください。日付（月/日） | | （　　/　　） | （　　/　　） | （　　/　　） | （　　/　　） |
| 1 | 今朝の体温 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | 喉の痛みや咳はありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | 疲労感やだるさがありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | 味や臭いに異常がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | 下痢など、おなかの具合が悪いですか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | その他、何か変わったことはありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | 感染者と接触した可能性がありますか？ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | （　　/　　） | （　　/　　） | （　　/　　） | （　　/　　） | （　　/　　） |
| 1 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| 2 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 3 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 4 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 5 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 6 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |
| 7 | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ | □　はい  □　いいえ |

その他気になることがありましたお書き下さい。

お名前