

東京医科歯科大学病院

コロナ外来診療センター・問診票

FAX番号 03-5803-0285

お問合せいただき、ありがとうございます。

当外来で診察可能な患者さんかを確認するため、以下の質問への回答をお願いいたします。

記載日： 年 月 日

紹介元医療機関名：

TEL： - - FAX： - -

患者氏名： (男・女) 生年月日：大・昭・平 年 月 日

住所： (〒 - )

TEL： - - 携帯： - -

- |                                  |                              |                               |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. 16歳以上（高校生以上）ですか               | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ★ |
| 2. 現在、妊娠していますか                   | <input type="checkbox"/> はい★ | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 3. 車いすを利用していますか                  | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 4. 現在、患者さんは5m程度の介助歩行ができますか       | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ★ |
| 5. 他に明らかな発熱の原因がありますか             | <input type="checkbox"/> はい★ | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 6. 胸部CT撮影を実施していますか               | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 7. 血圧低下、頻脈、頻呼吸などのバイタルサイン異常はありますか | <input type="checkbox"/> はい★ | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 8. SpO2≧95%ですか                   | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ★ |

※当センターは成人のCOVID-19肺炎疑いの方を対象としたウォークイン外来のため、一つでも★印に該当した場合は、当センターではお受けできません。

紹介状とともに、この問診票を下記連絡先へFAXをお願いいたします。

地域連携室（コロナ外来診療センター）

医療機関からのみ平日8：30～16：00 TEL：03-5803-4655/FAX：03-5803-0285

※SpO2≦94%やバイタルサインの異常があり当外来対象外の場合でも、CTで明らかにCOVID19肺炎が疑われる場合は、救急外来にてご相談を承ります。03-5803-4054(平日8：30～16：00のみ)にお電話いただき、その旨お伝えください。

**【ご注意】予約票と来院場所の地図を貴院へFAXで送信いたします。必ず患者さんへお渡しください。**

# コロナ外来診療センターアクセスマップ

**⚠️ 病院正面玄関から入館されないようご注意ください**

 **車でご来院の方**



 **を駐車した後**

立体駐車場

1階（セブンイレブンのあるフロア）から  
青い矢印に沿って通路を進む

3号館 1階の受付に

 **交通機関でご来院の方**



 **御茶ノ水駅**

お茶の水橋を渡る

スロープ・階段の左手の通路に入る

地図上の赤い矢印に沿って通路を進む

3号館 1階の受付に

 **丸ノ内線 御茶ノ水駅**

1番出口

スロープ・階段の左手の通路に入る

地図上の赤い矢印に沿って通路を進む

3号館 1階の受付に

**⚠️ 病院正面に着いたらスロープ・階段の左手の通路に進んで下さい**