

COVID-19 PATIENT SCREENING FORM

Patient/Parent/Guardian Name: _____



| Screening Question | Date: / / Init | Date: / / Init |
|---|---|---|
| Do you have a fever or above-normal Temperature (>100.4 F)? 100.4 F 以上の熱がありますか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Are you experiencing shortness of breath Or having trouble breathing? 息切れや息苦しさがありませんか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Do you have a dry cough? 咳が止まりませんか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Do you have runny nose? 鼻水、鼻づまりが止みませんか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Have you recently lost or had a reduction In your sense of smell or taste? 臭覚、味覚がなくなりましたか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Do you have a sore throat? ノドの痛みがありますか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Are you experiencing chills or repeated shaking with chills? 悪寒がありますか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Do you have unexplained muscle pain? 筋肉痛がありますか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Do you have a headache? 頭痛がありますか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Even if you don't currently have any of the above symptoms, have you experienced any of these symptoms in the last 14 days? 以上の症状がこの 14 日の間にありませんでしたか？ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

| Screening Question | Date: / / Init | Date: / / Init |
|--|---|---|
| Have you been in contact with someone Who has tested positive for COVID-19 in the Last 14 days? この 14 日の間にコロナ検査で陽性であった人と接触しましたか? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| Have you been tested for COVID-19 in The last 14 days? If "NO," skip to last Question. この 14 日の間にコロナ検査をしましたか? NO の場合は最期の質問に進む。 | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| If yes, what is the result of the testing? YES の場合、結果は? If negative, proceed to last question. 陰性の場合最期の質問に進む。 If still waiting on results, schedule appointment after results are known 結果待ちの場合は、結果が分かってから予約をしてください。 | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Positive | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure <input type="checkbox"/> Positive |
| Have you traveled more than 100 miles From your home in the last 14 days? この 14 日の間に 100 マイル以上の旅行をしましたか? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

Patient Signature Required At Appointment:

I agree to notify the dental office if within 02 days I become ill with COVID-19 symptoms or test positive for COVID-19. I understand the dental office has a legal and ethical obligation to inform me if a staff person I had contact with tested positive for COVID-19 within 02 days.

次ぎの 02 日以内にコロナの症状がでるか、コロナ検査で陽性になった場合は速やかに当医院にしらせます。また当医院のスタッフが次ぎの 02 日以内にコロナ検査で陽性になった場合も速やかに知らせてくださる義務があることを確認します。

Signature _____

You undergo dental treatment at our office with the understanding and following condition: We will do our utmost effort with screening protocols and strict protective procedures to greatly minimize any risk of you or anyone acquiring or transmitting COVID-19 in our office. This is a rare and extremely unlikely event. However, please understand we cannot guarantee this 100%.

あなたは当医院にて次の事を承知の上で治療を受けました： 当医院では患者さんを含む誰もがコロナに感染する危険性が最小になるよう最善の安全対策を行っています。感染の可能性は極めて低いですが、感染が 100%不可能である事を保証できかねます事をご理解ください。