

来院時チェックリスト

R3年 月 日 () 氏名 _____

① 過去2週間以内の発熱(37.5度以上)	あり ・ なし
② せき・のどの痛み	あり ・ なし
③ 息苦しさ	あり ・ なし
④ 強いだるさ	あり ・ なし
⑤ 味やにおいの感じにくさ	あり ・ なし
⑥ 過去2週間以内の渡航歴・県外への移動歴	あり ・ なし
⑦ 過去2週間以内の集会・会食への参加	あり ・ なし
⑧ あなたが濃厚接触した方々(夫・同居家族・職場など)の ①～⑥	あり ・ なし
⑨ 里帰りや引っ越し等、過去2週間以内の県外からの移動歴	あり ・ なし
⑩ あなたや同居家族が、新型コロナウイルスに感染した又は 検査を受けた	あり ・ なし
⑪⑩が「あり」の場合、どなたが() 発症(月 日) 検査(月 日 陽性・陰性)	
⑫あなたや同居家族が、濃厚接触者に特定された	あり ・ なし
⑬⑫が「あり」の場合、どなたが() いつ(月 日に検査陽性) あなたは検査しましたか?(はい ・ いいえ) いつ(月 日 陽性・陰性)	

来院時 _____ 時 _____ 分の体温 _____ °C (スタッフが計ります)