

健康チェックシート

新型コロナウイルス感染防止のため、付き添い・面会の方に以下の確認をさせていただいております。院内感染防止のためにご理解とご協力をお願いいたします。

記入日：
患者氏名：
面会者氏名：
連絡先電話番号：

本日及び前10日間について、以下の質問にチェックしてご回答ください。

質問	回答	
①発熱はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②咳、のどの痛み、鼻水等の風邪症状はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③倦怠感はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④息苦しさはない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤吐き気、下痢症状はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥臭いや味覚の異常はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦新型コロナウイルス感染症陽性とされた人と濃厚接触はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスの感染を疑われる人はいない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨過去2週間に海外渡航歴はない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑩感染リスクの高い場所への滞在はない(接待を伴う飲食店、ナイトクラブ、ライブハウス、カラオケ店、スポーツジム等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

確認項目に一つでもいいえがあった場合、面会及び付き添いをお断りさせていただきます。

【当院記入欄】

来院時の体温：
在院時間：() ～ ()