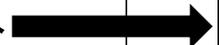


氏名() 会社名(業者・MRの場合)()

来院目的

診察・入院
診察以外



面談・説明・搬送・患者面会
その他：_____

→ 訪問先 (病棟) ・ その他訪問先 ()

本日の体温 _____ °C

① 過去 10 日以内に 37.5°C以上の発熱や咳、倦怠感、のどの痛み、鼻水、味覚、匂いの障害などがある。

いいえ はい (→いつから：)

② 過去 10 日以内に同居する人に発熱や咳、倦怠感、のどの痛み、鼻水、味覚、匂いの障害などの訴えがある。

いいえ はい (→いつから：)

③ 過去 10 日以内に同居する人が自宅隔離を要請されたり、コロナ検査を受けている。

いいえ はい (→いつから：) 検査結果 ()

④ 過去 10 日以内に自分や同居する人の職場で、コロナの検査を受けた人がいる。

いいえ はい (→ 自分 ・ 家族) 検査結果 ()

⑤ 過去 10 日以内に、県外に出かけたことがある。

いいえ はい (→都道府県名： 県内市町名：)

⑥ 過去 10 日以内に、普段接しない人と 15 分以上の接触があった。

いいえ はい (接触日：)

マスク無しでの会話,食事 (有 ・ 無)