

新型コロナウイルス感染症に関するチェックリスト

月 日 氏名 体温 _____ °C (自宅で計測)

2週間以内における以下の質問にご回答ください

※入院や検査の待機期間中に、【症状】に該当される場合は、予約されている外来または当該部門にご相談ください。

※面会者や業者の方で症状がある場合と、③④に該当する方は、院内に入ることには出来ませんのでご理解をお願いいたします。

【症状】

① 熱や咳、その他の感冒様症状はありますか。(息苦しさ、のどの痛み、痰、鼻汁、鼻閉など)

はい いいえ

② 新たに嗅覚障害または味覚障害等の症状はありますか。

※明らかに花粉症である場合は除く

はい いいえ

【行動・生活歴】

③ 海外渡航歴、または 14 日以内の海外渡航歴がある人との濃厚接触がありましたか。

国名()

はい いいえ

④ 新型コロナウイルス感染症と診断された方、または疑わしい人と接触がありましたか。

はい いいえ

⑤ ご自身が利用している同一の施設、職場、学校などで新型コロナウイルス感染症の発生がありましたか。 ※④と同一の場合は除きます

はい いいえ

※デイサービスやショートステイを含みます

※異なる部署で全く接点がない場合や、発端者の感染可能期間に登校・出勤していない場合は除外するが、休憩所が共通など交差を否定できない場合は含みます

⑥ 密閉/密集/密接に該当する場に参加しましたか。または夜の街を利用しましたか。

※普段通う幼稚園/保育園、学校、職場、施設などは除きます

※普段接しない人との会議・会合を含みます

※飲食店での会合、飲み会、接待、複数でのカラオケなどの利用

はい いいえ

⑦ 生活を共にしている人に発熱などの症状がありますか。

※別の原因が明らかな場合は除きます

はい いいえ