

# 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)

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。

※面会の場合以下の項目に該当する方は、院内に入ることとは出来ませんのでご理解をお願いいたします。

【症状】・・・5 日以内

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

【接触歴】・・・5 日以内

② 新型コロナウイルス感染症と診断された方と接触がありましたか。

はい                      いいえ

✂

この面は使用しません 破棄して下さい