

新型コロナウイルス感染症拡大防止に関する健康チェック票

当地域では、医療機関や介護施設を利用もしくは訪問されるときに、感染拡大防止のための健康チェックをお願いしております。下記に記入の上、それぞれの施設の入り口もしくは受付に提出をお願いします

施設名 兵庫医科大学ささやま医療センター 令和 年 月 日

1. 来院（所）される前に、体温を測定し、下記の体温の欄に記入してください。

2. 以下の問診内容に、該当する場合は✓を記入してください。

- ① 2週間以内に、新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？
- ② 2週間以内に、海外に行きましたか？
- ③ 2週間以内に、「発熱や咳が出ていた人」と一緒にいたことがありますか？
- ④ 2週間以内に、国内新型コロナウイルスの流行地域に行きましたか？
- ⑤ 2週間以内に、いわゆる“3密”（換気の悪い密閉空間・多くの人々が密集する場所・近距離での密接な会話）の機会がありましたか？
 （例：屋内外を問わず複数人が集まるイベント、自宅以外での複数人での飲食、集会・会合、集合しての運動、カラオケ、ライブ、パチンコ、マスクなしでの満員電車・バスへの乗車、マスクなしでの混雑したマーケット等への外出など）
- ⑥ 同居家族の中で上記①～⑤に該当する方はいますか？

<input type="checkbox"/> ⑦ 発熱 37°C以上もしくは平熱より高い 当日の体温（ °C）	<input type="checkbox"/> ⑫ 息苦しさ 入院当日の体温
	<input type="checkbox"/> ⑬ 強いだるさ
<input type="checkbox"/> ⑧ のどの痛み	<input type="checkbox"/> ⑭ 匂いがわかりにくい
<input type="checkbox"/> ⑨ 鼻水（はなみず）	<input type="checkbox"/> ⑮ 味がわかりにくい
<input type="checkbox"/> ⑩ 咳（せき）	<input type="checkbox"/> ⑯ 吐き気・おう吐
<input type="checkbox"/> ⑪ 痰（たん）	<input type="checkbox"/> ⑰ 下痢（げり）

来院（所）当日に、それぞれの施設の受付に提出してください。

来院（所）日前に、チェック項目に当てはまる内容があった場合は、事前に訪問もしくは利用される施設にご相談ください。

お名前 _____

連絡が取れる電話番号 _____

裏面もご記入ください⇒

病院（病棟）	2階	3東	3西	4階
老健	2階	3階	4階	
患者(入所者)氏名			続柄	
面会（訪問）日時	令和	年	月	日（ ） 時 分 ～

面会許可印

