

院内滞在中は必ずご持参ください。病棟では必ずスタッフステーションにお出してください。

来院者チェックリスト

①から④に該当する場合はお申し出ください。

温度センサー該当

① 新型コロナウイルス感染症に罹患した方との接触歴がある

→ (罹患者とあなたとの関係: _____ 罹患した日: _____ 月 _____ 日)

② 過去 14 日以内に、以下の症状がある

(症状にチェックしてください)

37.5℃以上の発熱 咳 息苦しさ だるさ

鼻水 のどの痛み たん

においがわかりにくい 味がわかりにくい

③ 職場または同居家族に風邪症状のある方がいる

④ 過去 14 日以内に、海外渡航もしくは長野県外に滞在したことがある

→ (滞在先: _____ 滞在日: _____ 月 _____ 日まで)

上記いずれにも該当しない

①から④の該当者、病棟に入る方は、上記該当項目に☑と以下をご記入ください。

来院日 : 2020 年 _____ 月 _____ 日

来院者氏名 : _____

居住地 : _____ 都・道・府・県 _____ 市

来院目的: 【患者本人】 外来・入院

【患者以外】 対象患者氏名: _____

目的 付添い (外来・入退院) ・手術や検査の待機・医師からの説明

その他の面会 (_____) ・業務 (_____)

本日の体温: _____ °C

◎ 来院後、14 日以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、病院へご連絡ください。

【病院記入欄】

①から④のいずれにも該当しない



確認印

《外来通信欄》

- 通常の診療可能
- 感染症診察室で診察
- 当院での診療不可
- ③④に該当するが症状なし
- ②に該当するが原疾患による症状である

(追加コメント _____)

医師名 _____

看護師サイン _____