

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く下さい。

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 7日以内に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7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7日以内に、海外渡航もしくは流行地域*に滞在(居住を含む)したことがある *まん延防止等重点措置・緊急事態宣言が適用されている地域など
→ (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 : 2022年 _____ 月 _____ 日

来院者氏名 : _____

居住地 : _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村

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 _____