

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⑤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過去10日以内に、新型コロナウイルス感染症に罹患した（該当箇所にチェックしてください）

→  症状あり（発症日： 月 日）  無症状（検体採取日： 月 日）

②過去7日以内に、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされた。

→（罹患者とあなたとの関係： \_\_\_\_\_ 最後の濃厚接触日： 月 日）

③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

④職場または同居家族に風邪症状のある方がいる

⑤（入院患者さんのみ記載）

過去に、新型コロナウイルス感染症に罹患したことがある

→（罹患した日： 年 月）

上記いずれにも該当しない

②から⑤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： \_\_\_\_\_

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、7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⑤のいずれにも該当しない

《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
- ③に該当するが原疾患による症状である
- ②、④に該当するが症状なし

（追加コメント \_\_\_\_\_ ）

確認印

医師名 \_\_\_\_\_

看護師サイン \_\_\_\_\_