

病棟で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。

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、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過去 7 日以内に、職場または同居者で、新型コロナウイルス感染もしくはそれを疑う風邪症状ある方と接触した。

→（あなたとの関係： _____ 最後の接触日： 月 日）

④（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

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： _____ 年 月 日 来院者氏名： _____

来院目的：【患者本人】 入院 【患者以外】 対象患者氏名： _____

目的 付添い（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④のいずれにも該当しない



確認印

医師名 _____

看護師サイン _____