

来訪者 健康チェックシート

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 男性 女性 体温 _____ °C

患者名 _____ 来訪目的 _____

	はい	いいえ
① ご家族、勤務先にコロナウイルスに感染された方、発熱・かぜ症状の方がいらっしゃいますか？		
② 14日以内に、人が多く集まるイベント又は密閉空間で人が密集・密接した会合・会食に参加しましたか？		
③ 14日以内にカラオケ、ライブハウス、スポーツジム等を利用しましたか？		
④ 14日以内に下記の症状はありましたか？ (37度以上の発熱、強い倦怠感、息苦しさ、味覚・嗅覚の異常 など疑わしい症状)		

※確認項目に1つでも、「はい」がある場合、施設内に入ることをお断りする場合がございます。

感染防止対策のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

東所沢病院