

新型コロナウイルス感染対策に係る調査票（県外の方用）

新型コロナウイルス感染症の院内への持ち込みを防ぐため、来院される方に健康状況の確認をさせていただいております。以下の項目に記入をお願いします。

1. 氏名 ()
2. 所属機関名 ()
3. 住所 ()
4. 連絡先電話番号 ()
5. 訪問目的

6. 新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を受けましたか
 受けていない
 1回受けた（接種時期 令和 年 月）
 2回受けた（接種時期 令和 年 月）
7. 本日の体温は何度でしたか？ _____℃
8. あてはまる症状があればチェック☑してください。
 強い倦怠感 息切れ・息苦しさ 咳
 鼻汁・鼻閉 のどの痛み 味覚・嗅覚障害
 下痢・嘔吐 その他 ()
9. 新型コロナウイルスの既往歴がありますか？
 はい いいえ
10. 過去2週間以内に新型コロナウイルス感染者との接触の可能性があると、保健所から検査を受けるよう指示がありましたか？
 はい いいえ
11. 身近の会話する相手（家族や同僚など）の中に、上記9,10に該当する人がいますか？
 はい → 該当者 () いいえ

以上の7-11の項目の結果によっては訪問をお断りする場合がありますので事前にご相談ください。

なお、上記に該当しなくても、同一社屋内等で職員にCOVID-19感染者が来院前2週間以内に発生した場合、必ず来院前に当院に報告してください。状況をお聞きして、当院としての対応を決定いたします。

ご理解とご協力をお願いします。