

体調チェックシート

感染対策強化のため問診票を作成いたしました。当院で診察・検査を行うにあたり、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願い致します。

令和 年 月 日 患者氏名

※現在あてはまる項目に✓をつけてください

【A】	37.5℃以上の発熱がある 体温 (°C)	☐ はい ☐ いいえ
	風邪症状がある	☐ はい ☐ いいえ
	※ はい とお答えの方 下記有症状全てに○を記入して下さい	
	のどの痛み 鼻水 せき 痰 息苦しさ 倦怠感 味覚障害 嗅覚障害	

【B】	同居家族にインフルエンザ・コロナ陽性者がいる	☐ はい ☐ いいえ
	同居家族に体調不良者がいる ※発熱、せき、のどの痛み等風邪症状	☐ はい ☐ いいえ
	2週間以内にインフルエンザ・コロナ陽性者又は濃厚接触者の方と一緒にいたことがありますか？（職場や友人等も含め）	☐ はい ☐ いいえ

両毛病院