

「新型コロナウイルス感染症」対策の一環ですので、ご協力ください。

*この書類は病院訪問初日に記載して提出してください。

*回答内容を判断した結果、病院へ立ち入りできない場合が生じることをご了承下さい。また、そのような事態を避けるために、下記 2. 3. 4. の項目に 1 つでも「有り」にチェックが入る可能性がある場合には事前に担当者が確認するようお願いいたします。

氏名（漢字）： _____

氏名（カタカナ）： _____

施設名： _____

当事者居住地（都道府県・市町村）： _____

本書類記載日（病院訪問初日）： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 本日（病院訪問初日）の体温： _____ 度

2. 病院訪問初日における下記の内容にチェックをお願いします。

- ・ 37.5 度以上の発熱がある。 有り 無し
- ・ 咳・鼻水・咽頭痛・息苦しさ・倦怠感などの症状がある。 有り 無し
- ・ 普段と異なり「におい」や「味」を感じにくい症状がある。 有り 無し

3. 病院訪問初日までの過去 14 日以内における下記の内容にチェックをお願いします。

- ・ 上記 2. に該当する症状のいずれかがあった。 有り 無し
- ・ 新型コロナウイルス感染者と接触したことがある。 有り 無し
- ・ 普段接触している方に上記 2. に該当する症状のいずれかがあった。 有り 無し
- ・ いわゆる「夜の街・接待を伴う飲食店（キャバクラ、ホスト、性風俗など）」への出入りがある。 有り 無し
- ・ 大声を出す密閉空間（カラオケ、ナイトクラブ、ライブハウスなど）への出入りがある。 有り 無し

4. 病院訪問初日までの過去 14 日以内において自身が居住する県以外への移動がありますか？

有り 無し

上記が「有り」の場合は移動歴をすべて教えて下さい。

- ・ 都道府県名： _____ 日時： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
- ・ 都道府県名： _____ 日時： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
- ・ 都道府県名： _____ 日時： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

5. その他、特記すべき事項がありましたら記載して下さい。