

【新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト】

患者氏名 _____ 様 職業 _____

来院日 令和 年 月 日 体温 _____ °C

SPO2: _____ % P: _____

- 咳、のどの痛み、痰、鼻水が出る症状 あり・なし
- 頭痛、関節痛 あり・なし
- 腹痛、下痢、吐き気、嘔吐 あり・なし
- 5日以内に37.5°C以上の発熱 あり・なし
- 2週間以内の海外渡航歴又は、県外移動 あり・なし
- 2週間以内に複数での会食等の機会があった あり・なし
- 強い倦怠感、息苦しさ あり・なし
- 誘因のない味覚障害、嗅覚障害 あり・なし
- 2週間以内に新型コロナウイルス感染症にかかれた方 または
検査中の方との接触があった あり・なし
- 新型コロナワクチン接種 (未接種 ・ 回)
【種類】 () 【最終接種日】 20 / /
- 本日付き添いの有無 あり・なし
- 付き添いの方へ
上記に当てはまる項目はありますか あり・なし