

## 【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

来院日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 体温 \_\_\_\_\_ °C

下記の各項目のあり・なしに○をつけて下さい

・感冒症状 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

・5日以内に37.5°C以上の発熱 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

・2週間以内に新型コロナウイルス感染の方、または検査中  
の方との接触 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

・2週間以内の海外渡航歴 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

・強い倦怠感、息苦しさ \_\_\_\_\_ あり ・ なし

・誘因のない味覚、嗅覚異常 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

ご協力ありがとうございました

医療法人 清仁会 シミズ病院