

## 新型コロナウイルス感染症に関する健康チェック表

受診当日、受付にご提出ください。

受診日 年 月 日

氏名 (ふりがな)

・下記の症状がある方は、項目に○印をつけてください。

味覚障害、嗅覚障害 発熱（過去2週間以内を含む） せき 呼吸困難  
全身倦怠感 咽頭痛 鼻水・鼻づまり 頭痛 関節痛・筋肉痛  
吐き気・嘔吐 下痢（原因不明で4～5日続く場合は、その旨お申し出ください）

・受診日から2週間以内に海外渡航歴はありますか。

はい いいえ

・新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機含む）ですか。

はい いいえ

・受診日から2週間以内に、新型コロナウイルス感染症患者やその疑いのある患者（同居者、職場内での発熱含む）との接触歴がありますか。

はい いいえ

・最近7日間の体温をご記入ください。

	7日前	6日前	5日前	4日前
日付	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃
	3日前	2日前	前日	当日
日付	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃

※当日の体温は受付時に測定していただきます。