

年 月 日

名前

(※極めて重要な事ですので正確にお答えください)

- ① 入院当日まで日々チェックしてください。体調管理を意識することで自分も周囲の人も守る事に繋がります。
入院当日このチェックシートを必ずご持参ください。また、普段と違う症状が継続した場合当院にご連絡下さい。

	/	/	/	/	/	/	/
体温							
咳							
咽頭痛							
鼻汁							
倦怠感							
嗅覚味覚異常							
頭痛							
下痢							
関節痛							
筋肉痛							

- ② 2週間間の症状について、以下の表の該当する方に○をしてください。

発熱（37度以上）	あり	・ なし	強い頭痛	あり	・ なし
咽頭痛	あり	・ なし	呼吸苦	あり	・ なし
味覚・嗅覚異常	あり	・ なし	せき	あり	・ なし

- ③ 症状があった方はいつ症状がでて、いつ消失しましたか？

- ④ 新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか？

いいえ はい → いつですか

- ⑤ 家族、知人、同僚などで一緒に過ごした方が新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか？

いいえ はい → いつですか どなたですか