

面会者健康チェックシート

※該当項目がある場合、本日の面会をお断りする場合がございますが、
感染拡大防止にご理解、ご協力の程よろしく申し上げます。

病棟

患者氏名

面会者氏名	
1 (代表者)	続柄
2	続柄
3	続柄
面会者 (代表者)	
住所	電話番号
記入日時	2020年 月 日 時 分

	1	2	3
本日の体温	℃	℃	℃

以下のうち、該当する項目のみチェック (✓) をお願いします。

2週間以内に以下のようなことがありましたか	1	2	3
①新型コロナウイルス陽性者との接触があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②新型コロナウイルス濃厚接触者との接触があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③インフルエンザになった人と接触があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④37.5℃以上熱があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤倦怠感があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥咳などの風邪症状がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記以外に体調が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同居している人が発熱している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご協力ありがとうございました。

確認者