

# 来院者 チェックリスト

年 月 日

来院者氏名

TEL

来院目的

来院時間 時 分 ~ 時 分

体温測定	°C
咳は出ますか？	はい ・ いいえ
身体のだるさがありますか？	はい ・ いいえ
風邪症状はありますか？	はい ・ いいえ 頭痛 のどが痛い など
嘔吐、下痢症状はありますか	はい ・ いいえ
同居家族で風邪症状のある方はいませんか	はい ・ いいえ
10日以内に新型コロナウイルス、インフルエンザ、感染性胃腸炎に感染しましたか？	ある ・ ない
10日以内に、海外に渡航あるいは居住していましたか？	ある ・ ない 行き先： 同居家族を含めてお答えください。
10日以内に新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症を発病した方との接触はありますか？	ある ・ ない 同居家族を含めてお答えください。
新型コロナウイルス感染症のワクチンはお済ですか？	3回以上済 未接種

**※感染症を疑う症状がある方は面会をお断りする可能性がございます。**

## お願い

訪問後に体調不良や発熱、咳など何かありましたら必ず連絡をください。

ご協力ありがとうございました。

担当者サイン