

見学・実習用

健康確認調査表

入館当日の状態をチェックしてください。質問項目に「あり」がある場合、入院患者エリアに入室する場合は、入館時に抗原検査を実施していただきます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 お名前 _____

1 現在の体温 (_____ °C) ※37.0°Cを超えない

2 過去2週間以内に下記症状がありましたか

● 鼻水 □あり □なし	● 頭痛 □あり □なし
● 鼻づまり □あり □なし	● 関節痛 □あり □なし
● 喉の違和感（イガイガ） □あり □なし	● 37.0°Cを超える熱 □あり □なし
● 喉の痛み □あり □なし	● 倦怠感（だるい） □あり □なし
● 咳嗽（せきなど） □あり □なし	● 下痢 □あり □なし
● 嗅覚・味覚障害 □あり □なし	

3 同居または2週間以内にあつたご家族・友人に、新型コロナ陽性者はいませんか？
□あり □なし

4 2週間以内の渡航歴
□あり □なし

5 1週間以内の友人との会食やマスクをしない状態での集まり
□あり □なし

6 1週間以内に居酒屋、バー、ナイトクラブ、ジム、ライブハウス、カラオケ店にいきましたか？
□あり □なし

7 新型コロナウイルスのワクチンを3回接種しましたか？
□はい
□いいえ → 入館時に抗原検査を実施していただきます

抗原検査実施： 有（ 陽性 ・ 陰性 ） ・ 無

病院側 確認者氏名（ _____ ）