

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（ ）