

# 新型コロナウイルス感染チェックリスト

令和 年 月 日

氏名 ( ) 男・女 時間 ( : )

来院目的  診察・付添  面会 患者氏名 ( )  業者

\*下記の該当する項目にチェックをしてください。 本日の熱 ( °C)

- 最近、発熱があった
- 最近、風邪症状（特に咳症状）があった
- 味覚・嗅覚障害がある
- 2週間以内に新型コロナウイルス感染地域への関連や疑いがある人との濃厚接触歴がある
- 上記 該当項目なし