新型コロナウイルス感染症関連チェックリスト(業者用)

会社名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

来院時体温 ＿＿＿＿＿℃

日付:令和 2 年　　月　　日　　在院時間　　:　　～　　:

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ チェックリスト ① ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

✓ **ここ 2 週間で下記にあてはまる体調不良はありましたか。**

☐ 発熱　☐ のどの痛み　☐ せき･たん　☐ 鼻水･鼻づまり

☐ 強いだるさ　☐ 息苦しさ　☐ 味がしない･においがしない

☐ 吐き気、嘔吐、下痢

☐ なし

✓ **同居の方に上記の症状がある方がいますか。**

いる ・ いない （　　）

✓ ここ 2 週間で、感染リスクの高い場所へ滞在したことがありましたか。

例:接待を伴う飲食店、ナイトクラブ、ライブハウス、カラオケ店、スポーツジム等

なし ・ あり（　　）

✓ 家族や身近な人が、新型コロナウイルス感染症やその濃厚接触者に該当しますか。

なし ・ あり（　　）

✓ 過去 2 週間、海外への滞在歴がありますか。

なし ・ あり（　　）

✓ 過去 2 週間、海外からの来訪者との同居、長時間の接触等がありますか。

なし ・ あり（　　）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ チェックリスト② 過去 2 週間 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

✓ 県外の人との同居、長時間の接触等　　なし ・ あり（　　）

✓ 県外への滞在歴　　なし ・ あり（　　）

事務受付で内容確認“チェックリスト①”に該当項目なしで可 → 総務で保管