

## 外来患者・入院患者・入院患者の面会者　ご来院時チェックシート

- 咳、呼吸困難、喉の痛み、鼻汁・鼻づまりなどの風邪の諸症状がありますか？　　はい　　いいえ
- 頭痛、関節・筋肉痛などを含め、全身の倦怠感がありますか？　　はい　　いいえ
- 下痢、吐き気など消化器症状はありますか？　　はい　　いいえ
- 2週間以内に海外からご帰国なさいましたか？　　はい　　いいえ
- 2週間以内に海外から帰国なさった方と家庭や職場などの身近なところで  
接触がありましたか？　　はい　　いいえ
- ご家族、同居者、職場の同僚など身近な方に新型コロナウイルス感染症患者は  
いますか？　　はい　　いいえ
- ご家族、同居者、職場の同僚など身近な方に新型コロナウイルス感染の疑いが  
ある方がいらっしゃいますか？  
(例：ご主人さまやお子さまに熱がある、職場の同僚が体調を崩して風邪をひいているようだ)  
　　はい　　いいえ