

健康確認表

※受診日に各診療科受付窓口へご提出ください。

※受診当日は、マスク着用にてご来院をお願いいたします。

【患者さんの情報】

ふりがな		
お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	

【受診当日の症状】

熱	<input type="checkbox"/> 37.5℃以上有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
咳	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
咽頭痛	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
鼻水	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
下痢	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無
味覚または嗅覚異常	<input type="checkbox"/> 有 (日前から) ・ <input type="checkbox"/> 無

【過去2週間の行動歴】

■患者さんご本人

移動歴 (特定警戒都道府県への移動や海外渡航など)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
※移動歴がある方は、 移動先と移動手段 をご記入ください	
同居者以外との会食	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
陽性者との接触歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

■患者さんと同居されている方

移動歴 (特定警戒都道府県への移動や海外渡航など)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
※移動歴がある方は、 移動先と移動手段 をご記入ください	
同居者以外との会食	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
陽性者との接触歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無