

来院されるみなさまへ

## 感染防止にご協力ください

下記のセルフチェックリストにご記入の上ご持参くださいますようお願いいたします。

※ 下記のセルフチェックリストに1項目でも「はい」がある方、または体温が37.5℃以上の方は、入館を見合わせていただきますのでご了承ください。

### セルフチェックリスト

来院日	年	月	日
氏名			
会社名・学校名等			

自覚症状		
のどの痛み・声のかすれ・咳・鼻水のいずれかがある	はい	いいえ
頭痛がある	はい	いいえ
関節痛・筋肉痛・全身のだるさがある	はい	いいえ
直近2週間以内に37.5℃以上の発熱や上記の症状があった	はい	いいえ
接触状況		
直近2週間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した	はい	いいえ
発熱や呼吸器症状のある方・インフルエンザなどの診断を受けている方と接触した	はい	いいえ
直近2週間以内に海外渡航歴がある	はい	いいえ

体温	℃
----	---

◎感染拡大防止のため、以下の取組みへのご協力をお願いいたします。

- ・マスク、フェイスシールドの着用
- ・手指消毒の徹底
- ・ソーシャルディスタンスの確保

2022年6月17日  
稲沢市民病院