

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		
37.5℃以上の発熱がある	はい	いいえ
のどの痛み・鼻水・咳などの症状がある	はい	いいえ
下痢・嘔吐などの症状がある	はい	いいえ
接触状況		
5日以内に発熱や呼吸器症状のある方（同居家族を含む）と接触した	はい	いいえ
7日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。

- ・マスクの着用
- ・手指消毒の徹底
- ・ソーシャルディスタンスの確保

稲沢市民病院

2024.2