

新型コロナ院内感染対策 問診表（東北圏外にお住まいの方）

検査・手術・ハイフ

記入日：令和 年 月 日

(ID:)

氏名： 生年月日： S・H / /

電話番号：

ワクチン接種についての確認事項

- 2回目に新型コロナワクチン接種を受けた日/令和 年 月 日
- コロナワクチン接種済証明書の提出

PCR検査についての確認事項

- PCR検査を受けた日/令和 年 月 日
- PCR陰性の確認（書面） *コピーを取らせていただきます

当日の体調/来院2週間前からの行動確認について

- 体温 _____℃
- 咳などの呼吸器症状・・・有/無
- 味覚/嗅覚の異常・・・有/無
- 2週間以内の新型コロナ患者との接触歴・・・有/無
- 同居人の発熱・呼吸器症状・・・有/無
- 2週間以内の同居人以外との会食/イベント参加・・・有/無
- 2週間以内の県外への移動・帰省者との接触・・・有/無

・上記について虚偽なく記入いたしました。
・院内で新型コロナ感染が認められた場合、感染症法に基づき上記内容を保健所へ申告することに同意いたします。

令和 年 月 日 氏名： _____

..... 院内確認欄

不織布マスク着用 滞在時間 _____ : _____ ~ _____ : _____
利用した部屋： _____ 号室