

(施設入所用)

受診日：西暦 年 月 日 ()

体温 _____ °C

新型コロナウイルス感染症自費検査問診票

氏名	
住所	電話 - -

以下にあてはまるものに○をつけて下さい。

最近の県外 () への往訪歴	あり・なし
最近の海外 () への渡航歴	あり・なし
海外やコロナウイルス感染流行地域から帰省した方との接触 (家族・職場等)	あり・なし
コロナウイルス感染者との接触の有無	あり・なし
3密が考えられる場所への利用の有無	あり・なし
過去 1 週間以内の発熱、咳、痰、味覚異常、下痢などの風邪症状の有無	あり・なし

※記載される個人情報、保健機関が必要とする場合には提出することがあります。

ご了承ください。

中条中央病院