

# 感染リスクについての確認事項

氏名	生年月日	年 月 日	男・女
----	------	-------	-----

1	過去 14 日間以内に「感染が拡大している地域を訪問した」または「その地域から来られた方」と接触がありましたか？	いいえ	はい
2	過去 14 日間以内に「新型コロナウイルス感染者やその疑いがある人」または「そのような人と接触した人」との接触がありましたか？	いいえ	はい
3	過去 14 日間以内に「海外から帰国」されましたか？	いいえ	はい
4	過去 14 日間以内に「海外から帰国された方」や「そうした方と接触した人」との接触がありましたか？	いいえ	はい
5	過去 14 日間以内に「いつも同居されている方以外」と会食をされましたか？	いいえ	はい
6	過去 14 日間以内に「大規模なイベント等への参加」や「人の多いお店や接待を伴う飲食店」に行かれたことがありましたか？	いいえ	はい

入院予定日の前 10 日間、体温測定を行い記入をお願いします。  
風邪症状があるときは、症状（のどの痛み・せき・鼻水等）の記入もお願いします。

日付	体温	風邪症状	ありの場合は症状の記入
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
月 日	℃	なし あり	
入院日	℃	なし あり	