

病院見学用感染防止アンケート表

病院見学日（ 年 月 日）

氏名(漢字 / かな)

居住地(都道府県・市)

①病院見学当日、該当する□ に ✓ をつけて下さい。

・ 37.5 度以上の発熱がある。

□ 有 □ 無

・ 咳、鼻水、咽頭痛、息苦しさや倦怠感の症状がある。

□ 有 □ 無

・ 普段と違って、「におい」や「あじ」を感じにくい。

□ 有 □ 無

②病院訪問日までの過去 14 日以内の状況について□ に ✓ をつけて下さい。

・ 新型コロナウイルス感染者と接触したことがあった。

□ 有 □ 無

・ ご本人に上記①の症状のいずれかがあった。

□ 有 □ 無

・ 同居している家族等に上記①の症状のいずれかがあった。

□ 有 □ 無

・ 海外、緊急事態発令地域への渡航歴

□ 有 □ 無

③その他、気になることがありましたらご記入ください

※必要に応じて、スタッフより詳細についてお聞きする場合があります。