

【 体調チェック票 】

氏名 \_\_\_\_\_ (業者の方は企業名)

日付 令和 年 月 日

○ 現在の体温(当院入口で検温させていただきます) 体温 : \_\_\_\_\_ °C

○ 現在についてお尋ねいたします。

① 発熱、喉の痛み、頭痛、咳、痰、味覚・嗅覚障害、鼻汁 倦怠感や息苦しさ、下痢などの症状	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
② 同居の家族の方に上記のような症状	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

○ 2週間以内についてお尋ねいたします。

③ 海外渡航歴及び海外から帰国した人との接触歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
④ コロナ陽性者との接触歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明

MCH令和3年3月2日  
(感染防止対策委員会)

【 体調チェック票 】

氏名 \_\_\_\_\_ (業者の方は企業名)

日付 令和 年 月 日

○ 現在の体温(当院入口で検温させていただきます) 体温 : \_\_\_\_\_ °C

○ 現在についてお尋ねいたします。

① 発熱、喉の痛み、頭痛、咳、痰、味覚・嗅覚障害、鼻汁 倦怠感や息苦しさ、下痢などの症状	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
② 同居の家族の方に上記のような症状	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

○ 2週間以内についてお尋ねいたします。

③ 海外渡航歴及び海外から帰国した人との接触歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
④ コロナ陽性者との接触歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明

MCH令和3年3月2日  
(感染防止対策委員会)