

【体調チェックシート】 安全な医療の提供を行うため、ご協力をお願いします

月

日

名前：

体温：

受診される本人

付添者

① **10日以内**に下記の症状がありましたか？

37.5°C以上の発熱	ある ・ なし
咳	ある ・ なし
痰	ある ・ なし
息苦しさ	ある ・ なし
味・においの異常	ある ・ なし
下痢	ある ・ なし
強いだるさ	ある ・ なし
のどの痛み	ある ・ なし
吐き気	ある ・ なし
おう吐	ある ・ なし
頭痛	ある ・ なし

② 10日以内にコロナウイルスに感染疑いがある方との接触がありましたか？

ある ・ なし

③ ①で「ある」に○を付けた方で下記に該当するものを○で囲んでください。

- ・ 糖尿病
- ・ 腎臓病
- ・ 免疫抑制剤使用
- ・ 心不全
- ・ 呼吸器疾患
- ・ 抗がん剤使用

スタッフ確認欄 (入場：可 ・ 否 )

医師名：

看護師名：

作成：2021年9月 太田メディカルクリニック