

※ ご記入の前に手指消毒をお願いします

ご来院の皆様

## 体調チェックシート

月 日

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、本日の体調をご記入ください。  
ご協力をお願いいたします。

本日受診する科 又は目的 (○をつけてください)	内科 循環器内科 心療内科 消化器内科 神経内科 小児科 精神科 外科 皮膚科 整形外科 歯科 付添い 面会 洗濯物の交換 フィットネス その他( )		
現在の時間	時 分	体温 (○をしてください)	正常
氏 名			
(代理の方の氏名)		(続柄)	(同居の有無) 有・無
過去14日以内に新たに以下の症状はありますか？	回 答 (○をつけてください)		
1 いつもよりくしゃみが多い。	はい	いいえ	
2 いつもより咳が出る。	はい	いいえ	
3 いつもより鼻水、鼻づまりがある。	はい	いいえ	
4 発熱	はい	いいえ	
5 倦怠感(だるさ・身体が重い感じ)がある。	はい	いいえ	
6 息苦しさがある	はい	いいえ	
7 のどの痛み、違和感がある。	はい	いいえ	
8 吐き気がある・吐いた。	はい	いいえ	
9 腹痛・下痢がある。	はい	いいえ	
10 味覚異常がある(味がしない)	はい	いいえ	
11 嗅覚異常がある(匂いがしない)	はい	いいえ	
12 県外・海外に出た	はい	いいえ	

事務用欄	確 認
時間	
電話	
駐車場	