



# 重要

## 患者さん及びご家族へのお願い

※新型コロナウイルス感染症の院内感染予防のため大変重要なチェックです。下記の事項をよくお読みになり、正確に回答いただきますようお願いいたします。

該当する口に✓にてチェックしてください。

私（患者）は、

はい いいえ

- 発熱、せき、だるさ、下痢、くしゃみや鼻汁※、嗅覚・味覚異常などの症状が治まってから2週以上経過しています。

※ 診断のついている、アレルギー性鼻炎や花粉症などを除く

- 過去2週間は同期する家族以外との会食やイベント等に参加していません    
学校等への登校、ソーシャルディスタンスを保った活動は問題ありません、

- 同居者や接触のあった人\*\*について過去2週間以内に発熱、せき、下痢や嘔吐、くしゃみや鼻水※、嗅覚・味覚異常、喉の痛みなどを認めません。    
\*\* ※ 1m以内、15分以上過ごしたひと、一緒に遊んだ友達など

- 新型コロナウイルス感染症患者との2週間以内の接触歴※はありません。

また同居家族は2週間以内に新型コロナウイルス検査を受けていません

※距離・時間に関わらない。通っている幼稚園、学校、塾、習い事等での新型コロナウイルスの患者の発生がここ2週間以内にある場合は、個別に状況を確認して病院の感染管理担当者が入院の可否を判断します。

上記に、相違ありません。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

患者ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_