社会医療法人川島会　川島病院

体調チェック表（FAX 予約専用）

記載日：　　年　　月　　日

（ふりがな） 氏名：	生年月日： 年　　月　　日
電話番号：　　－　　－	現在お住いの都道府県：

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、お手数ですが、ご記入にご理解とご協力をお願いいたします。

	質　問		
①	過去 14 日以内に、37.5 度以上の発熱があった	ある	なし
②	「咳が出る」「のどの痛み」など、風邪のような症状がある	ある	なし
③	「においがわかりにくい」「味がわかりにくい」症状がある	ある	なし
④	過去 14 日以内に、新型コロナウイルス感染者、またはコロナウイルス検査をした方との接触がある	ある	なし
⑤	現在、同居している人に発熱や咳などの新型コロナウイルス感染症を疑う症状がある	ある	なし
⑥	過去 14 日以内に、県外を行き来した家族、または同居人がいる 【都道府県名：　　】	いる	なし
⑦	過去 14 日以内に、自分自身が県外への行き来がある 【都道府県名：　　】	ある	なし
⑧	過去 14 日以内に、人の集まる集会や飲食の場、イベント会場、カラオケなどに参加したことがある	ある	なし
⑨	新型コロナウイルスのワクチン接種を受けたことがある	ある	なし
	ワクチン接種 1 回目：2021 年　　月　　日 ワクチン接種 2 回目：2021 年　　月　　日		

※上記質問の、①～⑧に該当する場合は、<u>来院後、車や別室にてお待ち頂く可能性があります。</u>

2021 年 8 月 26 日（Ver.1）