

健康調査のお願い

来院日：2022年 月 日（ ）

氏名： _____ 連絡先： _____

所属： _____

1. 症状

過去1週間以内に該当する症状があれば○を付けてください。

発熱（37.0℃以上） 咳 鼻水 のどの痛み 倦怠感 下痢 頭痛
味覚障害 嗅覚障害 その他普段ない症状（ ）

2. 移動歴・接触歴

①過去1週間以内に、県外や海外に行きましたか？

はい ・ いいえ

└─┬─> (いつ： どこに： 誰と： 詳細：)

②過去1週間以内に、密になりうる場所に行ったり、同居人以外の方とのマスクなしの会話、会食の機会がありましたか？

はい ・ いいえ

└─┬─> (いつ： どこに： 誰と： 詳細：)

③過去1週間以内に、新型コロナウイルス感染者、または上記症状があるような体調不良者との接触がありましたか？

はい ・ いいえ

└─┬─> (いつ： 誰と： 詳細：)

④同居している方に上記のような症状がある方がいますか？

はい ・ いいえ

└─┬─> (誰が： いつから： 詳細：)

3. ワクチン接種

①コロナワクチン接種をされましたか？

はい ・ いいえ

└─┬─> (1回 2回 3回 4回)

※上記の質問項目1.「症状」および2.「移動・接触歴」に該当する場合は来院は控えてください。
※マスクの着用、手指消毒の徹底をお願い致します。

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

この用紙は各部署で1か月間保管してください。