

## 「新型コロナウイルス感染症チェックシート 利用者・家族記入用」

利用者様・ご家族の方へ

新型コロナウイルス感染症対策のため、下記の間診にご回答ください。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 記入者名 \_\_\_\_\_

- チェックシートは入院予定日から直近2週間以内の身体症状と行動歴をご記入ください。
- 下記項目に当てはまるものに□に✓を入れ、必要内容があれば記入してください。
- 病院からの転院の場合は、ご家族のみの記入で構いません。
- 入所予定日に、このチェックシートをご持参ください。
- 入所予定日までに下記の内容に当てはまる場合は、病院まで電話連絡をお願いします。  
**病院代表電話：029-888-9200**

### 【身体症状】

**2週間以内（現在も含む）**に、利用者様本人もしくは同居している家族やパートナー、友人など、よく接している人に以下の症状がありましたか？

\* 該当する項目に✓を入れてください。

患者本人	家族	症状
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37.5度以上の発熱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	風邪症状（咳、鼻水、のどの痛みなど）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	息苦しさ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	強いだるさ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	味、においが感じにくくなった

### 【行動歴】

**2週間以内（現在も含む）**に、利用者様本人もしくは同居している家族やパートナー、友人など、よく接している人に以下の行動歴がありましたか？

\* 該当する項目に✓を入れて日付を記入してください。

患者本人	家族	状況
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症の人に接した 接した日： _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族や職場、学校などでPCR検査を受けた人・受ける予定の人がいる いつ： _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	海外渡航歴がある いつ： _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染流行地域への移動 いつ： _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	クラスター（集団感染）発生場所にいた いつ： _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3密（密閉・密集・密接）の空間にいた (5人以上での飲食や多人数の集まるイベント、集会などに行った) いつ： _____ 月 _____ 日