

ご確認書（お仕事で来院される方）

当院では新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、入館制限を行っております。患者様の安全確保のためにも、ご協力お願いいたします。

A あてはまるものにチェックをしてください

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ① | 2週間以内に、東京都内に行きましたか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② | 周囲に、新型コロナウイルス感染症を、発症された方がいますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

B あてはまる症状がありますか？（ある…○、ない…×）

| | | | |
|---|---------------------------|---|-------------------------|
| ① | 発熱(≥37.5度) | ④ | 体がだるい |
| ② | のどの痛み・せき・鼻水・たんのいずれかの症状がある | ⑤ | 食べ物のにおいや味がわからない |
| ③ | 息苦しさを感ずる | ⑥ | 頭痛・吐き気・嘔吐・下痢のいずれかの症状がある |

今日の日付：令和2年 月 日

入館時間： 時 分 . 退館時間： 時 分

体温： 度

御社名： _____ お名前： _____

訪問先： _____ ご用件： _____

※新型コロナウイルス対策の一環として、アポイントをとっていない営業の方は、面会をお断りする場合がございます。

手指の消毒とマスク着用をお願いします。

令和2年7月更新

確認者サイン