

健康確認票

日付	月 日	滞在時間	時 分 ~ 時 分
面会者名 (自著)		続柄	患者名
来院理由	<input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 医師からの要請 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 現在、 <u>感染症状</u> がある 感染症状：37.5度以上の発熱、咳、痰、強いだるさや息苦しさ、など <input type="checkbox"/> 現在、嗅覚障害や味覚障害の自覚がある <input type="checkbox"/> 現在同居する人に、上記の感染症状や嗅覚・味覚障害がある <input type="checkbox"/> 現在、同居する人が、自宅隔離を要請されている <input type="checkbox"/> 過去14日以内に、同居する人が、新型コロナウイルスのPCR検査を受けた <input type="checkbox"/> 過去14日以内に、海外への渡航歴がある <input type="checkbox"/> 過去14日以内に、海外から帰国した人との濃厚接触歴がある <input type="checkbox"/> 過去14日以内に、県外に出かけた <input type="checkbox"/> 過去14日以内に、屋内で50人以上が集まる集会・イベントに参加した			

上記すべて該当せず

対応スタッフサイン：

*この用紙は当科で保管管理致します。

徳島大学病院 産科婦人科