

病院見学希望者 質問票

来院日時： 年 月 日	来院時間：	
氏名：	生年月日：	年齢：
住 所：		
連絡先：		

見学日体温： °C

質問項目	あり	なし
新型コロナウイルス感染症の患者、または同居のご家族や学校など、 身近にその可能性のある方と接触したことがありますか。		
海外から帰国後14日以内ですか。		
発熱（37.5°C以上）		
咳		
体のだるさ		
のどの痛み		
風邪症状		
下痢		
匂いが分からない		
味がしない		

※ 1項目でも「あり」に該当する場合、見学できません。あらかじめご了承ください。

※ 記載していただいた用紙は、当院にて1ヵ月間保管後、適切に廃棄いたします。

また、院内で感染症が発生した場合、接触者の把握、および保健所への情報提供のために、使用させていただくことがあります。