

## 面会をされる方へ

新型コロナウイルス感染防止対策について  
～セルフチェックにご協力ください～

\*以下の項目についてボックスにチェックマークを入れ、ご署名の上受付にお出し下さい。「はい」のチェックがある場合には、面会はお断りをさせて頂くことがありますので御了承ください。

\* ワクチン接種を3回もしくは2回目を5か月以内に受けていますか はい いいえ

### ● 症状

○最近2週間で、以下のような症状がありましたか？

\* 37.0度以上の発熱 はい いいえ

\* 嗅覚、味覚の異常（匂いや味がわからない） はい いいえ

\* 全身の異様なだるさ はい いいえ

\* 咳・鼻水 はい いいえ

\* 安静時の息苦しさ（横になって安静にしても息苦しさがある） はい いいえ

\* からだの痛み はい いいえ

### ● 接触歴<sup>A</sup>

○最近2週間で、以下のことはありましたか？

\* 新型コロナウイルスが陽性と診断された人との接触、あるいは間接的な接触 はい いいえ

\* 自分や家族の海外への往来 はい いいえ

\* 多くの人が集まるイベントへの参加、多人数での会食への出席 はい いいえ

\* 同じ職場・学校等の中で、発熱、咳、嗅覚・味覚異常等の症状が出た人がいた はい いいえ

-----  
年 月 日

患者様名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)