**（医療従事者以外）一般来院者用　　感染予防のための体調確認票**

●以下の質問にお答え下さい。「はい」で 　　のある場合は、詳細を記載して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **記載日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| **所属団体名** |  |
| **氏　　　名** |  |
| **居住地・滞在地** | 都・道・府・県 |

**１．来院当日（令和 　年 月 日）の体調**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** | |
| ① | 体温37.5℃以上の発熱がある。 | **はい** | いいえ |
| ② | 呼吸器症状、強いだるさ、味覚・嗅覚障害など新型コロナウイルス感染症（COVID‐19）を疑う症状がある。 | **はい** | いいえ |
| ③ | 咳・痰・咽頭痛、嘔気・嘔吐、下痢、発疹などの症状がある。  その他症状： | **はい** | いいえ |

**２．来院日より２週間前（令和　 年　月　日以降）の生活の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** | |
| ④ | いわゆる3密のハイリスクな場所（接待を伴う飲食店、カラオケ、ライブハウス、スポーツジムなど、クラスター発生の報告のある施設）を訪れたことがある。 | **はい** | いいえ |
| ⑤ | 家族以外の複数人、集団で会食したことがある。 | **はい** | いいえ |
| ⑥ | 海外へ渡航した。  時期：　月　 日 ～　 月　 日 、渡航先： | **はい** | いいえ |
| ⑦ | 同居家族や身近な知人にCOVID‐19と確定診断された人がいる。  時期：　 月　 日　、どなたが？ | **はい** | いいえ |

**３．新型コロナウイルス感染症ワクチン接種の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **質　問　事　項** | **回答欄** | |
| ⑧ | ワクチン接種が完了（２回目接種後２週間経過）していますか。  　２回目接種日：　　　　年　　月　　日 | **はい** | いいえ |
| ⑨ | （完了していない場合）来院日までに、ワクチン接種が完了（２回目接種後２週間経過）する見込みですか。  　２回目接種予定日：　　　　年　　月　　日 | **はい** | いいえ |