



重要

患者さん及びご家族へのお願い

※院内感染予防のため大変重要なチェックです。下記の事項をよくお読みになり、正確に回答いただきますようお願いいたします。

該当する口に✓にてチェックしてください。

私（患者）および同居家族は、

はい いいえ

●入院7日前から入院までの間に、新型コロナウイルス感染症と診断されて
いません。

私（患者）は

●入院当日に発熱、咽頭痛、せき、だるさ、嘔吐、下痢、くしゃみや鼻汁
（診断のついている、アレルギー性鼻炎や花粉症などを除く）嗅覚・味覚異常
などの症状はありません

上記に、相違ありません。

年 月 日

患者 I D _____

患者氏名 _____

保護者氏名 _____