**ご紹介時チェックシート**

記入日　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

* ご本人について

1. 過去2週間以内の37.5℃以上の急な発熱  
   □なし　　　□あり　　　　℃　　　月　　日から
2. 呼吸器症状  
   □なし　　　□あり　　　　月　　日から　（□咳　□痰　□咽頭痛　□息切れ）
3. 全身症状  
   □なし　　　□あり　　　　月　　日から　（□倦怠感　□食欲不振　□下痢）
4. 嗅覚・味覚異常  
   □なし　　　□あり　　　　月　　日から
5. 過去1か月以内の渡航歴  
   □なし　　　□あり　　訪問先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  
   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日から　　　月　　日まで
6. 過去1か月以内の県外または県内患者発生地区への訪問  
   □なし　　　　□あり　　訪問先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  
   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日から　　　月　　日まで

* ご家族や職場等周囲に新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触者や上記項目に該当する方はいらっしゃいますか  
  　　□いない  
  　　□いる どなたが（ご関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  
  　 該当する事項をご記入ください