信州医療センター （代表）026-245-1650　 連携室FAX：026－246－5530

信州医療センター　紹介時チェックシート

地域医療福祉連携室

お名前：　　M・F　　記入日：令和　　年　　月　　日

生年月日：T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）

住所:

連絡先（携帯番号）：

【車で来院の場合】

色・メーカー：

車種：

ナンバー：

数日から1週間以内の症状・行動で当てはまるものに〇をしてください

			いつから	備考
症状	発熱	有・無		
	頭痛	有・無		
	咽頭痛	有・無		
	呼吸苦・息切れ	有・無		
	鼻汁・鼻閉	有・無		
	咳嗽・喀痰	有・無		
	倦怠感	有・無		
	下痢・嘔気・嘔吐	有・無		
	味・嗅覚の低下	有・無		
	周囲の有症状者	有・無		
行動歴				
	ご家族や職場等、周囲に新型コロナウイルス感染症患者や接触者、上記項目に該当する方はいますか　（いる・いない） いる場合はどなたが（ご関係）：			

その他	介護施設や通所施設、訪問サービスの利用の有無（同居家族を含む） （　有・無　）利用者：

新型コロナワクチン接種状況　：（未・済み）

接種回数（　　）回　　最終接種日：（令和　　年　　月　　日）

2021/4/12作成　2021/8/2 改訂
2022/10/31改訂　2023/3/1 改訂