

面会者用問診票 愛媛医療センター

院内での感染拡大防止のため、お手数ですが下記の記入にご協力をお願いいたします。

面会日時	月 日 時
患者さんのお名前	
面会来院者のお名前	
居住地	県内 / 県外 ()
本日の体温	度
過去 2 週間以内にいつもと違う症状 (発熱、鼻汁、咽頭痛、倦怠感、下痢、 いつもより咳や痰が多い、味覚障害、 嗅覚障害等) がみられたり、そのため に投薬を受けたりしたことがあります か？	ある ・ ない
新型コロナウイルス感染症者やその濃厚 接触者との接点はありますか？	ある ・ ない
過去 2 週間以内に『3 密』に該当する 場所へ訪問、もしくは県外へ行かれま したか？	ある ・ ない