

記載日：20 年 月 日  
現在所属する病院・学校名等：

氏名：

1. 来院日前日までの5日以内に以下の症状で該当するものがあればチェックしてください（複数可）

- 発熱（37.5℃以上） \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 最高体温 \_\_\_\_\_ ℃  
熱が出るので解熱剤で対応している \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間  
のどが痛い   せきが出る   痰がでる   息苦しい   体がだるい  
味がわからない   においがわからない

2. 来院日前日までの5日以内に新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

- なし                      あり

ありの場合

- 感染者と同居、車内や航空機内などで、2メートル以内での会話  
マスクや手袋などの個人防護具なしで感染者の看護・介護をした  
感染が疑われる者の気道分泌物、体液などに直接接触した

3. 来院日前日までの5日以内に、換気の悪い密閉した場所で、多人数が密集し、密接に会話や発声など行う場所（ライブハウスやイベントなど）に行きましたか。

- なし                      あり

ありの場合

場所とその内容（ \_\_\_\_\_ ）