

共通 COVID-19 チェックシート（患者以外用）

Ver.1

氏名： _____

日時： _____

学生等の見学・研修 MR などの業者の入館 その他（ ）

【過去2週間以内の症状の有無】	なし	あり	詳細
① 発熱（37.5℃以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）
② 強い倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）
③ 咳・痰・呼吸困難などの呼吸器症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）
④ 急な味覚または嗅覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）

【過去2週間以内の行動の有無】	なし	あり	詳細
⑤ 2週間以内の海外渡航	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）
⑥ 家族以外の人とマスクなしでの会話や飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）

【過去2週間以内の周囲の状況】	なし	あり	詳細
⑦ 家庭、職場、学校等での COVID-19 の発生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）
⑧ 同居の方の体調不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	（ ）

上記で『あり』にチェックがあった場合は、各部署のマニュアルにそった対応をお願いします。対応に困った場合は対策本部に相談ください。また、本チェックリストは2週間は保存をお願いします。