

JA 広島総合病院新型コロナチェックシート

記入日 年 月 日

患者氏名 _____ ご紹介医院 _____ 医師 _____

1. 症状で該当するものにチェックしてください（複数可）

- 発熱（37.0℃以上） _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____ ℃
 熱がでるので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間
 のどが痛い 咳が出る 痰が出る 息苦しい 体がだるい
 におい、味がわかりにくい
 その他（具体的に _____ ）

2. この1ヶ月間で、新型コロナウイルスに感染した方と接触がありましたか？

- なし あり

3. この1ヶ月間で、新型コロナウイルス感染が多発している地域や外国に行きましたか？

- なし あり 国内：県、市名（ _____ ） 外国：国名（ _____ ）

4. 最近、宴会や会食に参加されましたか？

- なし あり（ _____ ）

5. 最近、新型コロナの検査を受けたことがありますか？

- なし あり（ _____ 月 _____ 日 陽性 陰性）

6. 新型コロナの予防注射を受けましたか？

- なし あり（1回目： _____ ）（2回目： _____ ）

7. 一緒に住んでいる家族の人数は（ご本人を含む）何人ですか？

- 独居 二人 三人以上

8. 家族、友人、職場で、同じように体調の悪い方はいますか？

- なし あり

9. 現在の生活状況は？

- 自立 要支援 要介助 車椅子利用

10. 患者様に事前に JA 広島総合病院より連絡させていただくことがあります。日中連絡のとれる連絡先を記入ください

- 携帯 自宅 電話番号（ _____ ）