

JA 広島総合病院コロナ対策チェックシート

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 _____ °C
- 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
- その他（具体的に _____ ）

2. 2週間以内で、コロナ 2019 (注) に感染した方と接触がありましたか？

- なし あり

3. 最近、コロナ 2019 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 ）

4. コロナ 2019 の予防注射を受けましたか？

- なし あり （計 _____ 回 最終： _____ 月 _____ 日 ）

5. 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

6. 現在の生活状況は？

- 自立 要支援 要介助 車椅子利用

7. 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 （ _____ ）

（注）コロナ 2019=COVID19（新型コロナウイルス）より 2023 年 5 月より名称変更予定