

感染予防・拡大防止 チェックシート

御協力ありがとうございます

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 37.5 度以上の発熱がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 咳が出る | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 過去 2 週間以内に 37.5 度以上の熱があった | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 現在倦怠感（だるさ）やその他不調がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 現在同居する人に発熱/咳などの症状がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 現在同居する人が自宅隔離を要請されている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 味覚や臭覚に異常を感じている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 過去 14 日以内に屋内で多数が集まるイベントや集会に参加したことがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 新型コロナウイルスに感染しているまたはしていた | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. 周囲に新型コロナウイルスに感染しているまたはしていた人がいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. ヨード系の薬にアレルギーがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記相違ありません。

ご署名

令和. 年 月 日

後日該当がある場合は、お電話にて受付スタッフへお知らせ下さいますようお願い申し上げます。

御協力の程よろしくお願い致します

三井歯科医院 院長