

体調確認票

新型コロナウイルス感染症が世界的に流行している現状を踏まえ、福岡みらい病院では皆様に安心してご参加いただけるように、以下の項目を確認させていただいています。

参加日 2022年 月 日

氏名： _____

① 過去7日以内に新型コロナウイルス感染症患者との接触はありませんか

はい いいえ

はいと答えた方のみ それはいつ頃ですか？ ()

② 過去3日以内に発熱やその他風邪症状はありませんでしたか？ はい いいえ

はいと答えた方のみ：受診しましたか？ はい いいえ

はいと答えた方のみ：治療はうけましたか？ はい いいえ

③ 現在（参加日：2022年 月 日時点）下記の症状はありませんか

・発熱（37.0℃以上） はい いいえ

・咳 はい いいえ

・咽頭痛 はい いいえ

・倦怠感 はい いいえ

・鼻汁 はい いいえ

④ 本日の体温 出発前自宅検温時：()℃

病院到着後検温時：()℃

⑤ 新型コロナワクチンを接種しましたか？

未接種 1回接種済 2回接種済 3回接種済

※ こちらの用紙は参加当日にご持参ください。また、上記①、②、③のいずれかで【はい】に該当する項目がある場合は当院へご来院当日の朝9時までには必ずご連絡下さい。

連絡先：福岡みらい病院 総務課（092-662-3070）※朝8:30より対応可能です。