

「感染症に関する行動・健康チェック」

患者氏名 _____ 様

院内感染防止及び地域医療支援の継続のため、ご理解・ご協力の程お願い致します。

① 感染症を疑わせる症状（発熱・呼吸器症状・味覚・嗅覚異常など）がありますか？

はい（症状： _____ ）

いいえ

② 7日以内に感染症の患者さん或はその疑いのある人と接触しましたか？

はい いいえ

③ 家族（当日の付添い者含む）に①～②に当てはまる方がおり、7日以内に接触しましたか？

はい ⇒（接触日： _____ 月 _____ 日） / いいえ

※「はい」の場合： その家族は、（ 同居 ・ 別居 ・ 付添い者 ）

● 内視鏡検査を予約される方のみ

④ 1ヶ月以内に新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？

はい（発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

いいえ

≫ 「紹介患者予約申込書」と一緒に送信をお願い致します。

- 予約日までに変化がありましたら、ご連絡ください。予約変更させてもらう場合もあります。
- ご来院の際は、不織布マスク着用のうえ、お越しいただくようお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

岡山赤十字病院 患者サポートセンター