



外来用健康チェック

患者氏名（カタカナ） Name of patient		付添いの方 Visitor	父 母 他 : father, mother, other
-------------------------------	--	------------------	----------------------------------

症状と接触歴についてそれぞれチェックをお願いします。 Please check for the following symptoms and contacts.

ご本人 付添いの方 付添いの方

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | ☐ | 24時間以内に37.5℃以上の発熱はありません。
I have no fever within 24 hours. |
| ☐ | ☐ | ☐ | のどの痛みや咳はありません。
I have no sore throat or cough. |
| ☐ | ☐ | ☐ | 発疹（皮膚のぶつぶつ）や水ぶくれ（特に痛みを伴うもの）はありません。
I have no skin rash or blister. |
| ☐ | ☐ | ☐ | おう吐や下痢はありません。
I have no vomiting or diarrhea |
| ☐ | ☐ | ☐ | 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と診断された場合、発症日を0として11日以上経過しています。
It has been more than 11 days since I was diagnosed with COVID-19, or I have no recent infection. |
| ☐ | ☐ | ☐ | インフルエンザと診断された場合、発症日を0日として6日以上経過しています。または、直近の感染はありません。
It has been more than 6 days since I was diagnosed with Influenza, or I have no recent infection. |
| ☐ | ☐ | ☐ | 3週間以内に、水ぼうそうまたは帯状疱疹と診断されている方との接触はありません。
No contact with anyone who has been diagnosed with chicken pox or shingles within 3 weeks. |
| ☐ | ☐ | ☐ | 1週間以内に、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と診断されている方との接触はありません。
No contact with anyone who has been diagnosed with COVID-19 within 1 week. |
| ☐ | ☐ | ☐ | 受診中に体調の変化があった場合は、スタッフへお声がけください。
Please notify the staff if there are any changes in your health condition. |
| | ☐ | | 上記のすべてにチェックが入らない場合はお近くのスタッフにお声がけください。
Please notify the staff if all of the above are not checked |

チェック表で知り得た情報は、埼玉県個人情報保護条例に基づき、目的以外での使用はいたしません。

Based on the Saitama Prefecture Personal Information Protection Ordinance, the information that could have been obtained from the checklist will not be used for any other purpose.



R8.7更新