

新型コロナウイルスに係るチェック

お名前： _____

1. 新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

□はい（ 年 月 日発症）

☐いいえ

2. 過去 14 日以内に、周囲で新型コロナウイルスに感染された方がいますか？

☐ はい

同居の家族 ・ 同居以外の家族 ・ その他()

発症日： 年 月 日

濃厚接触者と言われた： ☐ はい ☐ いいえ

☐いいえ

※状況により診察・検査のご希望日より延期になる場合もございます。

予めご理解のほどお願い致します。

一般財団法人 住友病院 地域医療連携室
TEL 06-6447-3031 FAX 06-6447-3052