

ご来院の患者様へ

カルテ No. (当院記入)

本日は、リゼクリニックにご来院いただきありがとうございます。

新型コロナウイルスの感染拡大が続いております。患者様とその大切な方々をお守りするため、院内での感染防止の観点よりご来院されたすべての患者様の体調チェックを実施しております。ご理解とご協力をお願いします。

ご来院されましたら手指の消毒、体温測定、体調チェックリストの記入をお願いします。

体温が 37.5 度以上の発熱が認められた場合・当該チェックリストに 1 つでも体調不良に該当する項目（はい）があった場合には当日の受診（カウンセリング、施術、診察等）をお断りさせていただきます。予めご了承ください。一部（いいえ）の場合もあります。

※除外項目

- ・チェックリスト内の（鼻水・鼻づまり・くしゃみ・目のかゆみがある）項目に『はい』のチェックがあるが、花粉症などのアレルギー疾患による 症状と考えられる場合
- ・医療従事者や介護従事者等が感染者と接触があった場合でも、適切な感染防御策が講じられた状態で職務にあっていた場合
- ・医療機関または保健所より、就業の許可、あるいは「就業制限解除通知」を受けていますかの問に対する（はい）の場合

体調チェックリスト

- ご来院時体温 (当院記入) ° C
- 最近 2 週間以内に 37.5° C 以上の発熱があった (はい ・ いいえ)
- せき・たんがでる (はい ・ いいえ)
- 鼻水・鼻づまり・くしゃみ・目のかゆみがある (はい ・ いいえ)
- 「はい」の場合 花粉症などのアレルギー疾患がある (はい ・ いいえ)
- 倦怠感（全身の疲労感・けだるさ）がある・呼吸がしづらい (はい ・ いいえ)
- 下痢や腹痛・頭痛がある (はい ・ いいえ)
- のどが痛い・耳が痛い (はい ・ いいえ)
- 味覚や嗅覚（におい）がおかしい、わからない (はい ・ いいえ)
- 最近 2 週間以内に海外渡航歴がある (はい ・ いいえ)
- 「はい」の場合 (帰国日： / 国名・都市名：)
- 最近 2 週間以内に新型コロナウイルス感染者と接触があった (はい ・ いいえ)
- 「はい」の場合：具体的な状況をお聞かせ下さい ()

例：医療従事者で新型コロナウイルス感染者の看護を担当した

- 最近 2 週間以内に保健所や管轄行政機関より
自宅待機を指示された又は濃厚接触者に指定された (はい ・ いいえ)
- 新型コロナウイルスに感染したことがある (はい ・ いいえ)

(はい)の方は以下の項目にお答えください。

→ 感染陽性が判明したのはいつですか (月 日)

→ 症状が消失したのはいつですか (月 日)

→ 医療機関または保健所より、就業の許可、
あるいは「就業制限解除通知」を受けていますか (はい ・ いいえ)

上記内容は、受診に際してクリニックから患者様にお尋ねする特に重要な事項（告知事項）です。記入された内容が事実と異なっていた場合は、告知義務違反として今後当院への受診をお断りさせていただく場合もございます。

私は、上記質問事項を確認し、正確に回答しました。

ご署名日 2020 年 ____ 月 ____ 日

ご署名 _____

医療法人社団風林会 リゼクリニック