

市記載欄

受付番号:

記入日

/

### ～体調チェックリスト～

本人およびご家族についてお答えください。

**1つでも「いいえ」に該当する場合は別日に受診してください。**

体温は自宅で測定して来て下さい。

受診児氏名		当日の体温	度	
同伴者氏名①		当日の体温	度	
同伴者氏名②		当日の体温	度	
1	発熱および咳症状、嗅覚・味覚異常などはない (医師に診断を受けたアレルギーや喘息などの感染症以外による症状はのぞきます)	はい	いいえ	
2	濃厚接触者の経過観察期間に該当しない	はい	いいえ	
3	過去2週間以内に新型コロナウイルス感染症の患者やその疑いがある人(家庭や職場など)との接触歴はない	はい	いいえ	
4	過去2週間以内に発熱(平熱より1℃以上高い体温、あるいは体温が37.5℃以上を目安とする)がない	はい	いいえ	

相談日を変更される場合は彦根市健康推進課までご連絡下さい。

電話：0749-24-0816 Fax：0749-24-5870

☆プリントアウトが難しい場合は、当日スタッフがチェックリストの内容を確認しますので、必ずご確認の上お越しください。