

発熱連絡票（平日時間内） : ~ :

受付日時	月 日 時 分
ID	
氏名	
生年月日	
携帯電話番号	

来院予定時間

① かかりつけ医または、新型コロナウイルス専用健康相談窓口に相談したか？

(当院初診か確認し、初診なら②選定療養費の説明も同時にしておく)

はい
いいえ → まず、かかりつけ医に相談するよう案内する。
かかりつけ医がない場合 → 新型コロナウイルス専用健康相談窓口に電話し、診療可能な医療機関の案内をしてもらうよう説明する。
 [] (24時間対応・土日休日含む)

② 当院初診で紹介状が無い場合、選定療養費 [] 円が必要なことを説明する。

→ 要(説明済) 不要(紹介状あり・なし)

③ 同居者・友人・職場・通っている学校で発熱者 あり なし

④ 陽性患者との接触歴 あり なし

⑤ 味覚または嗅覚障害 あり なし

⑥ 直近2週間以内に流行地・会食・旅行・カラオケなど あり なし

⑦ 職業・バイト

- 学生 飲食店 接客業(お酒を出すお店・人によく触れる仕事 例マッサージなど)
- 配達業 コンビニ 無職

[④⑤⑥⑦にチェックがあった場合や③があり迷った場合]

→ 院内に入らず玄関外から [] に電話するよう説明する。

⑧ 病院までの交通機関と到着までにかかる時間

自家用車 タクシー 公共の交通機関 自転車・バイク・徒歩
 所要時間 _____ 時間 _____ 分

⑨ 体の症状(複数選択可)

- 月 日 熱 咳 のどの痛み 下痢 呼吸が苦しい
- 月 日 熱 咳 のどの痛み 下痢 呼吸が苦しい
- 月 日 熱 咳 のどの痛み 下痢 呼吸が苦しい