Please do not fill in this column
確認者名（　　　　　　　　）
体温　＿＿＿＿＿℃　（検温時のみ）
診察　実施　・　不診

Questionnaires regarding with COVID-19

NAME: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　Date: 2020. ＿＿(M) . ＿＿(D)

Visited department: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ID Number: ＿＿＿＿＿＿＿＿

１．Do you have any cough or sneeze today?

Yes　or　No

２．Do you have a fever more than 37.5℃?

Yes　or　No

３．In the last 2 weeks, did you travel abroad?

Yes　or　No

４．In the last 2 weeks, did you contact with any person who traveled abroad?

Yes　or　No

５．In the last 2 weeks, did you contact with any person
who is or might be infected with COVID-19?

Yes　or　No

※担当医各位（To hospital staff）

受診科が記入されていない場合は、診療科にて記載をお願いいたします。

本紙は、当日の最終受診科で回収し、スキャンセンターに回してください。