来院日：令和５年　　月　　日　　　　　来院時間：　　　時　　　分

**健康チェック票：過去10日間の症状チェックをお願いします**

来院者氏名：① 　　 様

※サーモグラフィーにて

体温確認をしています

② 　　 様

③　　　　　　　　　　　　 様

④　　　　　　　　　　　　　　　　　様

**来院目的　：　該当する病棟や診療科に〇をしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **入院・入所・退院 　面会** | **A1病棟　　A2病棟　　B1病棟　　B3病棟** |
| **外来受診** | **内科　 小児科　 整形外科 　装具診　 歯科 　精神科 　眼科　 耳鼻科**  **外科　 皮膚科　 泌尿器科　 遺伝外来　 通園　 通所　　リハビリ(PT､OT､ST)**  **発達検査（心理）　　　　　　　その他（　　　　　　　 　　 　　　）** |
| **納品等** | **会社名：** |

**症状チェック　：　来院者だけでなく、同居の方含め　あり　または　なし　に〇をしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **発熱・咳・鼻水・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢・発疹** | あり　　　　なし |
| 息苦しさ・臭いのわかりにくさ・味覚がおかしい | あり　　　　なし |
| 新型コロナウイルス感染症の**罹患や感染者との接触** | あり　　　　なし |
| その他感染症の**罹患や感染者との接触** | あり　　　　なし |

**上記の症状に該当する場合は、当センターのご利用をお控えください。(外来診察の方は診療科に電話でご連絡ください)**

この用紙は来院目的の病棟又は診療科へご提出ください。ご協力ありがとうございました。　 東京都立北療育医療センター

来院日：令和５年　　月　　日　　　　　来院時間：　　　時　　　分

**健康チェック票：過去10日間の症状チェックをお願いします**

来院者氏名：① 　　 様

※サーモグラフィーにて

体温確認をしています

② 　　　 様

③　　　　　　　　　　　　　　　　　様

④　　　　　　　　　　　　　　　　　様

**来院目的　：　該当する病棟や診療科に〇をしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **入院・入所・退院 　面会** | **A1病棟　　A2病棟　　B1病棟　　B3病棟** |
| **外来受診** | **内科　 小児科　 整形外科 　装具診　 歯科 　精神科 　眼科　 耳鼻科**  **外科　 皮膚科　 泌尿器科　 遺伝外来　 通園　 通所　　リハビリ(PT､OT､ST)**  **発達検査（心理）　　　　　　　その他（　　　　　　　 　　　　　）** |
| **納品等** | **会社名：** |

**症状チェック　：　来院者だけでなく、同居の方含め　あり　または　なし　に〇をしてください**

|  |  |
| --- | --- |
| **発熱・咳・鼻水・咽頭痛・嘔気・嘔吐・下痢・発疹** | あり　　　　なし |
| 息苦しさ・臭いのわかりにくさ・味覚がおかしい | あり　　　　なし |
| 新型コロナウイルス感染症の**罹患や感染者との接触** | あり　　　　なし |
| その他感染症の**罹患や感染者との接触** | あり　　　　なし |

**上記の症状に該当する場合は、当センターのご利用をお控えください。(外来診察の方は診療科に電話でご連絡ください)**

この用紙は来院目的の病棟又は診療科へご提出ください。ご協力ありがとうございました。 東京都立北療育医療センター