

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
②
③
④

様
様
様
様

※サーモグラフィーにて
体温確認をしています

来院目的：該当する病棟や診療科に○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○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
②
③
④

様
様
様
様

※サーモグラフィーにて
体温確認をしています

来院目的：該当する病棟や診療科に○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○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