

**長崎みなとメディカルセンター紹介予約事前確認票**

記入日: 令和 年 月 日

紹介元医療機関名:

患者氏名:( )

**【1】**

① 7日以内に海外から帰国しましたか

 はい  いいえ

② ①で「はい」と回答した方はいつ頃・どこへ行きましたか

日付( 月 日 ~ 月 日 )

場所( )

③ 同居されているご家族や身近な方で7日以内に海外へ行かれた方はいますか

 はい  いいえ

④ ③で「はい」と回答した方はいつ頃・どこへ行きましたか

日付( 月 日 ~ 月 日 )

場所( ) 続柄( )

**【2】**

① 10日以内に陽性者との接触歴はありますか

 はい  いいえ

→「はい」の方は陽性者との最終接触日より、10日後の受診となります。

**ご協力ありがとうございました。**