

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 7日以内に県外へ移動しましたか

 はい いいえ

③ ①・②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()

④ 同居されているご家族や身近な方で7日以内に海外や県外に行かれた方はいますか

 はい いいえ

⑤ ④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。