**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

1. 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。