

地方独立行政法人 那覇市立病院

地域医療連携室 宛 (FAX : 886-5502)

紹介事前確認シート

施設名 _____ 【担当者 : _____】

患者氏名 _____

① 本人もしくは同居人に以下の症状がある ☐ 有 ☐ 無

☐ 発熱

☐ 咽頭痛・違和感

☐ 咳

☐ 強い倦怠感

☐ 味覚/嗅覚障害

体温 _____℃ (検温日時 : _____月_____日 _____時_____分)

② 14日以内に県外・海外渡航歴がある ☐ 有 ☐ 無

③ 周囲に陽性者・濃厚接触者がいる ☐ 有 ☐ 無

④ コロナに感染した事がある ☐ 有 ☐ 無

⑤ 職業 _____

⑥ コロナワクチン接種 ☐ 有 ☐ 無

接種回数 _____回 (最終接種日 _____月_____日)

※接種日記入をお願いします。

2022/10/17 改訂