

2020年 月 日

新型コロナウイルス感染対策の為

受診前調査にご協力お願い致します。

患者氏名: \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_ 度

付添者氏名: \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_ 度

患者及び付添の方で該当するものに○をして下さい。

- 1 発熱(37.5 度以上)または、風邪の症状がある
- 2 14 日以内の海外渡航歴がある
- 3 14日以内に①-②に該当する人と接触した
- 4 味覚、臭覚に異常がある
- 5 上記に該当なし

お渡しした洗口剤での洗口を診察前にお願い致します。

初石オーキッズ歯科

