

臨床研究連携推進部 訪問時チェックシート

会社名：

氏名：

訪問日時： 年 月 日 [時 分]

訪問当日の体調を記載のうえ持参してください。なお、症状がある場合、訪問はご遠慮ください。

・体温 °C [時刻 時 分]

・発熱（37.5°C以上） 無 有

・咳 無 有

・咽頭痛 無 有

・呼吸困難感 無 有

・嗅覚／味覚異常 無 有

・強い倦怠感 無 有

* 当院訪問後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染が確認された場合は、速やかにご連絡ください。

臨床研究連携推進部 確認者名：