

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. 2週間以内に海外から帰国しましたか

はい いいえ

2. 2週間以内に県外へ移動しましたか

はい いいえ

3. 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(県 市)

4. 同居されているご家族や身近な方で2週間以内に海外や県外に行かれた方はいらっしゃいますか

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(県 市) 続柄()

ご協力ありがとうございました。