

## 行 動 歴 メ モ

	月 日	時 刻	内 容 (行き先・対面相手等)	移 動 手 段	体 温	体 調
例	5/20	朝	ランニング(公園)	徒歩	36.5	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼	仕事・兵庫-大阪往復(〇〇SAで食事)	自家用車	37.1	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜	自宅		37.5	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良
7日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
6日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
5日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
4日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
3日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
2日前		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		昼				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		夜				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
前日		朝				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

予約日      月      日

お名前 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

※ご来院日までに身近に（ご家族・友人・同僚）新型コロナウイルス陽性の方がいらっしゃった場合や、その疑いがある方がいらっしゃいましたら、ご来院前に病院に一度お電話（052-751-8188）ください。

来院前日の正午までに**Email**にて当院宛にお送りください。

※件名は「**外来ご受診前の行動歴表**」でお願いします。

Email : [hoh2@hachiya.or.jp](mailto:hoh2@hachiya.or.jp)

医療法人蜂友会    はちや整形外科病院