

体温

面会者 同室者 感染症問診票

印

面会開始時間 時 分

面会終了予定時間 時 分

**重要**\*正しくご記入ください

1. 該当するものに✓印をつけてください。

私は 3日以内に発熱（37.5℃以上）、咳、下痢、咽頭痛、鼻水、味覚・嗅覚異常など、新型コロナウイルス感染症を疑う症状はありません。

私の同居家族は 3日以内に新型コロナウイルス感染症を疑う症状がありません

私は 2週間以内に新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含みます）と 接触をしていません。

私、私が接触した人、私の同居家族は 2週間以内に新型コロナウイルス感染症の 検査を受けていません。

2. 本日の体調について下記の症状がある場合は✓印をつけてください

<input type="checkbox"/>	熱	<input type="checkbox"/>	咳	<input type="checkbox"/>	鼻水	<input type="checkbox"/>	体調不良	<input type="checkbox"/>	発疹
<input type="checkbox"/>	下痢	<input type="checkbox"/>	嘔吐（吐く）	<input type="checkbox"/>	眼脂（めやに）	<input type="checkbox"/>	眼の充血		
<input type="checkbox"/>	味覚障害・嗅覚障害								
<input type="checkbox"/>	その他（ ）								

3. 下記の感染症疾患にかかっている人と 1ヶ月以内に接触しましたか？

<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）				
<input type="checkbox"/>	その他（ ）				

上記に相違はありません。

西暦 年 月 日

あなたのお名前 \_\_\_\_\_

患者さんのお名前 \_\_\_\_\_

患者さんとの関係 \_\_\_\_\_

確認者