

体温

感染症問診票

重要*正しくご記入ください

面会開始時間 時 分

面会終了時間 時 分

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、鼻水など感染症を疑う症状はありません。 私の同居家族は 3 日以内に発熱（37.5℃以上）、咳、下痢、咽頭痛、鼻水など感染症を疑う症状はありません。

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"/>	発熱	<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 7 日以内に接触しましたか？

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	RS ウイルス
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノなど）				
<input type="checkbox"/>	その他（				）

4. 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

氏名

訪問先

患者さんのお名前

患者さんとの関係

確認者

(院内感染防止対策委会)