

体温

警備員確認

印

感染症問診票

面会開始時間 時 分
面会終了時間 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°C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°C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

発熱 咳 鼻水 体調不調 発疹

下痢 嘔吐(吐く) 眼脂(めやに) 眼の充血

味覚障害・嗅覚障害

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？

新型コロナウイルス インフルエンザ RSウイルス

感染症胃腸炎(ノロ、ロタ、アデノなど)

その他()

4. 下記の感染症疾患にかかっている人と1か月以内に接触しましたか？

麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう) 風疹

流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)

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員会)