

体温

面会者 同室者 感染症問診票

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

- 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、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。

- 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
味覚障害・嗅覚障害				
<input type="checkbox"/> その他 ()			

- 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