

本人・付添者感染確認表

院内での感染症発症を最小限にするため、
入院される方へ感染確認をお願いしています。

医療従事者へ直接お渡しください。

日時	/			体温
患者さんの氏名				°C ご本人はブロックで測定
受診予定診療科	()			
患者さんとの続柄	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 祖父母	()
体温	°C	°C	°C	°C
確認項目				回答欄
来院されている方の中で、2日前～現在までにあてはまる 感染症状がありますか 【 熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 】 * あてはまる症状を○で囲んでください				はい・いいえ
「はい」と回答された方は、看護師が詳しくお尋ねさせていただきます				
<u>14日以内の本人あるいは同居者について、</u> <u>以下の質問にお答えください</u>				
①新型コロナウイルスを疑う症状がありましたか				はい・いいえ
②新型コロナウイルス感染症の方と接触がありましたか				はい・いいえ
③学校・幼稚園・保育園や職場等で新型コロナウイルス 発症の報告がありましたか				はい・いいえ
3週間以内にご家族が、以下の感染症の方と接触しましたか 水ぼうそう(有・無) おたふくかぜ(有・無) はしか(有・無) 風疹(有・無) その他感染症 ()				