

## 感染チェック表（当日確認用）

訪問者氏名 \_\_\_\_\_ 訪問日時 \_\_\_\_\_  
 訪問期間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_  
 訪問目的： ボランティア・見学・研修・その他（ \_\_\_\_\_ ）

以下項目についてあてはまる項目にチェック、又は記載をお願いします

4. 来院2日前から以下の症状がみられる 症状) 咳・発熱(37.5℃以上)・発疹・嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. -1) 上記で「はい」と回答された方へ、 症状を記載ください	<症状記載>
5. 1週間以内にインフルエンザ、嘔吐下痢症の症状のある方 又は診断を受けた方がお近くにおられましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. -1) 上記で「はい」と回答された方へ 病名又は症状を記載ください	<病名又は症状記載>
6. 2週間以内に麻疹〔はしか〕・水痘〔水ぼうそう〕・風疹〔三日はしか〕・流行性耳下腺炎〔おたふく風邪〕・結核と診断された方がお近くにおられましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. -1) 上記で「はい」と回答された方へ 病名を記載ください	<病名記載>

\*ご協力ありがとうございました。

### <院内入室基準>

- チェック項目すべて「いいえ」の回答の場合、入室に関し問題なし
- チェック項目に1つでも「はい」がある場合は、別紙ボランティア・見学者の流行性感  
染症調査マニュアル4. ~7. に準じ判定する
- 入室の是非判定が出来ない場合は、感染対策室へ連絡する

2014.12.1

福岡市立こども病院 感染対策室