

来院者（会議参加、事業者、病院見学者等）感染症状等 確認票

2023年12月5日～改訂第8版

① 患者と接する方 ② 病棟・手術室に入る全ての方 ③ 職員と対面で30分以上の打ち合わせや会議のある方	}	これらの方が、 この確認票の <u>提出対象者</u> です
------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------

年月日：20 年 月 日 来院者 ご所属/お名前： /

来院の目的 / 立ち入り場所 /

以下の項目について、立ち入り当日の状態を記載し、受け入れ担当職員へこの用紙を渡してください。
 「ある」があった場合には、原則として病院内には立ち入れません。

現在の症状について	
① 発熱（平熱より高い熱）がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
② 咳、息切れ、咽頭痛、鼻汁など	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
③ 頭痛、筋肉痛、関節痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
④ 下痢・吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑤ 眼球充血・眼脂	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑥ 皮膚の発疹（普段からある皮疹は除く）	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑦ その他、気になる体調不良がある (症状：)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
感染症罹患者との接触歴について	
4週間以内に、はしか・水ぼうそう・風しん・おたふくかぜの 感染者に接触し、これらの疾患に関する免疫が確認できない	<input type="checkbox"/> 接触なし <input type="checkbox"/> 接触あり <input type="checkbox"/> 接触があるが免疫確認できた

立ち入り : 可 ・ 否

来院者が、今後2週間の間は何らかの感染症を発症した場合には、受け入れ担当者に連絡をするように説明をしてください。（担当者→感染制御室へ連絡）この用紙は感染制御室に提出してください。

受入れ担当者 部署 氏名