

面会者 感染症状等 確認票

2023年3月8日 改訂第11版

年月日: 20 年 月 日

患者氏名: _____

面会者氏名: _____

- 1、本日の体温 ()°C
 2、現在の症状について (2週間以内の症状の有無をお答えください)

咳、息切れ、咽頭痛、鼻汁など	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
頭痛、筋肉痛、関節痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
下痢・吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
眼球充血・眼脂	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
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 (いつ)
味覚や嗅覚が感じにくい	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
強い倦怠感や、その他の体調不良	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)

- 3、接触歴・移動歴について

<u>2週間</u> 以内に、新型コロナウイルス感染症の人や、その疑いのある人との接触がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
<u>4週間</u> 以内に、はしか・水ぼうそう・風疹・おたふくかぜ の人との接触がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ)
<u>2週間</u> 以内に、海外の滞在歴がある方は、右に記入してください	(いつ) (どこに)

記入が済みましたら、病棟職員にこの用紙をお渡しください。院内感染防止のため、お尋ねした状況によっては、ご面会できない場合がありますことをご了承ください。

面会 : 可 ・ 否

部署 _____

確認者サイン _____