

面会者 感染症状等 確認票

2024年10月改訂第12版

年月日: 20 年 月 日

患者氏名: _____ 面会者氏名: _____ (続柄 _____)

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 _____)
味覚や嗅覚を感じにくい	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ _____)
強い倦怠感、その他の体調不良	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ _____)

3. 接触歴について

<u>4週間以内</u> 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 _____)
--	--

記入が済みましたら、病棟職員にこの用紙をお渡してください。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 _____