

院内感染対策のための面会時体調確認用紙

【確認事項】

- ・ 面会される方全員にご記入いただくものです
- ・ 記載漏れや回答内容によっては、面会をお断りする場合があります

面会日時		年 月 日 時 分
入院患者	氏名	
	病棟	
面会者	氏名	
	住所	
	連絡先	
	体温	度
不織布マスクの着用		<input type="checkbox"/> 不織布マスク <input type="checkbox"/> N95 マスク <input checked="" type="checkbox"/> 不織布以外のマスク
症状	① 37.5℃以上の発熱	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	② 呼吸器症状（咳・痰・呼吸苦）や感冒様症状（咽頭痛・鼻汁・下痢・頭痛・倦怠感等）	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	③ 味覚・嗅覚障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
リスク	④ 5日間以内の COVID-19 感染者との接触歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

注：本日から3日以内に COVID-19 を発症した場合、速やかに病院に報告してください

日本医科大学武蔵小杉病院の運営方針、本説明文書をご理解いただけましたら、ご署名をお願い致します。

____年 月 日 ご署名
