

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
- ・ この用紙の記載をもって、当院の面会に関する運営方針、本説明文書をご理解いただけたものといたします

面会日時		令和 年 月 日 時 分
入院患者	氏名	
	病棟	
面会される方の氏名		
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 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 日間以内のインフルエンザ・COVID-19（コロナ）感染者との接触歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	⑤ 麻疹（はしか）・風疹・水痘（みずぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）等に罹患している方との接触歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合は感染制御部へ相談

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