

## 問診票

当院に入館の方へ健康チェックをお願いします。

月	日	外来・病棟	
入館する方の お名前	患者様との続柄 (いずれかに○)	本人・父・母・きょうだい・夫 その他( )	
I 以下の症状はありませんか？			
1. 体がだるい、倦怠感がある	なし	あり	
2. 咳がある (“あり”の方で、花粉症などがある方は記載ください： )	なし	あり	
3. 下痢・吐き気などの消化器症状	なし	あり	
4. 目の充血・目やに・違和感・涙目 (“あり”の方で、花粉症などがある方は記載ください： )	なし	あり	
5. においや味に異常を感じる	なし	あり	
6. 新型コロナウイルス発症者との濃厚接触 または同居	なし	あり	
7. 14日以内の海外渡航	なし	あり	
8. 発赤・痛みを伴う発疹 (“あり”の方で、アトピー性皮膚炎などがある方は記載ください： )	なし	あり	
9. 近隣での感染症の流行や接触 (インフルエンザ、胃腸炎、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎など)	なし	あり	
10. 体温 37.5℃以上	なし	あり	
II ご面会の方は以下もご記入ください			
患者氏名 _____			
入館時間 _____ : _____ 面会バッジ No. _____			
感染対策にご協力いただきありがとうございました。神奈川県立こども医療センター			