

病棟用面会者問診票

月	日	病棟
入館する方のお名前	患者様との続柄: (いずれかに○)	父・母・祖父・祖母 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、花粉症などがあれば記載ください:)	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、花粉症などがあれば記載ください:)	なし	あり ()
5. 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れば記載ください:)	なし	あり ()
6. 新型コロナウイルス発症者と濃厚接触 または同居	なし	あり
7. 近隣で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
8. 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		