病棟用面会者・入館者問診票

入館日時	月　　日　　時　　分
病　　棟	
バッジNo	
患者氏名（業者の方等で面会以外の場合、記入不要）	
患者さんとの続柄 （業者の方等で面会以外の場合、記入不要）	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母 □ その他※（　　） ※　父母・祖父母以外は病院の許可がないと面会できません。病棟に入る前に、スタッフ・防災センター警備員へ事前にお声がけください。

体調についてお答えください

1　体がだるい、倦怠感がある	□なし　□あり
2　咳がある	□なし　□あり
（「あり」の方で、花粉症などあれば記載：　　）	
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	□なし　□あり
（「あり」の方で、花粉症などあれば記載：　　）	
5　発赤・痛みを伴う発疹	□なし　□あり
（「あり」の方で、アトピー性皮膚炎などあれば記載：　　）	
6　新型コロナウイルス感染者と同居（又は濃厚接触）	□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

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