

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Month	Day	Outpatient/Hosp. ward
YOUR NAME :		Relationship : Father / Mother Grand father/ Grand mother ()
PATIENT NAME:		
Do you have any symptoms as follows?		
1. Sense of fatigue	YES	NO
2. Cough	YES	NO
3. Diarrhea, Nausea	YES	NO
4. Red eye, Eye discharge, Eye discomfort, Teary eyed	YES	NO
5. Exanthema, Painful rus	YES	NO
6. Contact with novel coronavirus patients	YES	NO
7. Epidemic infective disases in the neighborhood	YES	NO
(Influenza, Enterogastritis, Chickenpox, Measles, Rubella, Mumpus, etc...)		
8. Body temperature : 37.5 °C or higher	YES	NO
Admission Time: _____		Admission Badge No _____.
Thank you for your cooperatin		KANAGAWA Children's Medical Center

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 °C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