

感染症に関する問診票

Ver.8

院内感染防止のためにご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名 _____ 才(ID _____)
 体温 _____ 度 (患者さん本人・付き添いの方) ←いずれかに○

A. あてはまるものにチェックしてください

質問		お答え	
①	7日以内に新型コロナウイルス・インフルエンザ陽性者の方と一緒にいたことがありますか？	いいえ	はい ⇒ その人と最後に会った日
②	7日以内に①以外の感染症の方や下記のB項目の症状のある方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
		病名 → ()	
③	直近1か月以内に、感染症に罹患しましたか？ (発症日: 年 月 日)	はい	いいえ
		病名 → ()	

B. 7日以内(当日含む)あてはまる症状がありますか？ (ある○、ない×)

①	発熱(≥37.5度)	④	痰(たん)
②	喉の痛み	⑤	新たに出現した鼻汁,鼻詰まり
③	せき	⑥	頭痛

ご協力ありがとうございました。

東北会病院 院内感染対策委員会