



## 感染症予防のための立ち会い・面会者問診票

日時： 年 月 日（ : ）入院患者氏名

ご氏名 続柄

ご連絡先電話番号

体温 °C

☆ 当てはまるものにチェックをしてください。

① 「立ち会い出産・面会に関する説明書」を読んで理解しましたか？

はい

② 過去1週間以内に、下記に当てはまる症状がありますか？

(ある場合○をつけてください)

はい

いいえ

発熱（37.5°C以上） 関節痛 強いだるさ 頭痛

咳 のどの痛み 鼻水 痰 息苦しさ

吐き気 嘔吐 下痢 臭いがわかりにくい 味がわかりにくい

コロナウイルスに感染しましたか？

発症 月 日～療養明け 月 日まで

インフルエンザウイルスに感染しましたか？

発症 月 日～療養明け 月 日まで

その他感染症（ ）

発症 月 日～ 月 日まで

※立ち会い・面会后上記症状が出現した場合は、  
すみやかにその旨をお知らせください

