



感染症予防のための立会い・面会者問診票

下記のチェック項目に1つでも【はい】があった場合は、申し訳ありませんが立会い・面会をご遠慮いただきます。なお、当院において感染者や疑い例が発生した場合はご連絡する場合がございます。また、入室後1週間以内に発熱などの症状が出現した場合は、速やかにその旨をお知らせください。

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新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか？

はい いいえ

②1週間以内に海外に行きましたか？

はい いいえ

③1週間以内に、風邪症状がある人と一緒にいたことがありますか？

はい いいえ

④1週間以内に、換気が悪く密閉された場所でのイベント参加やマスクを外し
飲食・会話・会食（冠婚葬祭等）などをしましたか？

はい いいえ

⑤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以上または平熱より1.0°C以上）

咳 のどの痛み 鼻水 痰 息苦しさ 強いだるさ 頭痛 関節痛

吐き気 嘔吐 下痢 臭いがわかりにくい 味がわかりにくい

⑥1ヶ月以内に新型コロナウイルス感染しましたか？ いいえ

発症 月 日～療養明け 月 日まで

現在、上記症状はありますか？ はい いいえ

