

感染症に関する問診票

年 月 日 患者様のお名前 様 (ID:)

記入者のお名前 (続柄)

病院内への感染症の持ち込みを防ぐため、以下の問診にご協力ください。

1. **3日間(受診日、受診前日、受診前々日)に、お子さんに該当する症状があれば○をつけてください(複数可)**

(注) 通常に比べ、症状が目立つ場合にも○をつけてください

咳・鼻水や痰	<input type="checkbox"/>
のどの痛み	<input type="checkbox"/>
37.5℃以上の熱	<input type="checkbox"/>

下痢や嘔吐	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

アレルギー性鼻炎と診断されており、現在も鼻水症状がある	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

2. **お子さんが下記に該当すれば○をつけてください**

7日以内に新型コロナウイルスに感染した	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

3. **6か月以内に、お子さんが新型コロナウイルス感染症に罹った場合、時期を記載してください**

罹った時期	西暦	年	月	ごろ
-------	----	---	---	----

以下、職員使用欄

判定結果に○をつけてください

レッド	イエロー	グレー		グリーン
		入院患者	外来患者	

グレーと判定された場合: 外来患者: グリーン対応

入院患者: 抗原検査を行い、陰性ならグリーン対応

「下痢や嘔吐」のみ の場合は、入院時の SARS-CoV-2 PCR/迅速検査は不要

(注) 問診結果に関するご相談は、感染管理室 (PHS 8575 または 8535) にお願ひします

2023/5/24 感染管理室