

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。
空欄がないようお願いいたします。

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○、なければ×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

37.5℃以上の熱	
のどの痛み	
咳・鼻水や痰	
下痢や嘔吐	
症状は鼻汁のみ、かつ、アレルギー性鼻炎と診断されている	

2. **お子さんが下記に該当すれば○、しなければ×**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	
---------------------	--

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: イエロー対応

「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

2023/5/8 感染管理室