

入館者体調確認票

感染症対策のため病棟へ入館される方は記載をお願いします。

記入後、この用紙は必ず病棟スタッフへお渡しください。(太枠内のみご記入ください)

来院日(受付時間)	月 日 午前・午後 時 分
来院者氏名	
患者様とのご関係	
入院患者氏名	
入院病棟	4階・5階・6階・7階・8階・9階
理由	<input type="checkbox"/> 面会(事前予約必要)
	<input type="checkbox"/> 病院から来院するよう依頼があった(病状説明含む)
	<input type="checkbox"/> 病院から患者様に付き添うよう依頼された(毎日の体調確認用紙が必要です)
	<input type="checkbox"/> 本日入院
	<input type="checkbox"/> 検査、手術等のための待機
	<input type="checkbox"/> 本日退院
① 7日以内に新型コロナウイルス感染症になりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 7日以内に新型コロナウイルス感染者と接触がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 7日以内に新型コロナウイルス感染症に罹患された家族と同居している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、発熱(37度5分以上)、呼吸器症状(咳嗽、鼻汁・鼻閉、咽頭痛など)、その他の症状(嗅覚味覚障害、嘔気・嘔吐、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛、下痢など)がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 同居家族の中にかぜ症状のある方がいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記申告に間違いはありません	<input type="checkbox"/> はい

①～⑤のいずれかに「はい」が該当する項目がある場合は主治医へ確認する
※夜間休日は管理師長へ確認する

確認職員：

入館可
 入館不可

入館可