　感染症問診票

警備員検温

　　　　印

体温

**重要＊正しくご記入ください**

1. 該当するものに✔印をつけてください。
   * 私は**3日以内**に発熱（37.5℃以上）、咳、下痢、咽頭痛、鼻水、味覚・嗅覚異常など、新型コロナウイルス感染症を疑う症状はありません。
   * 私の同居家族は**3日以内**に新型コロナウイルス感染症を疑う症状がありません
   * 私は**2週間以内**に新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含みます）と**接触**をしていません。
   * 私、私が接触した人、私の同居家族は**2週間以内**に新型コロナウイルス感染症の**検査**を受けていません。
2. 本日の体調について下記の症状がある場合は✔印をつけてください

　 熱　　　　 咳　　　　 鼻水 　 体調不良　　　　　 発疹

　 下痢　　　 嘔吐（吐く） 　 眼脂（めやに）　　 眼の充血

　 味覚障害・嗅覚障害

　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）

3.　下記の感染症疾患にかかっている人と1ヶ月以内に接触しましたか？

　 麻疹（はしか）　　　 水痘（みずぼうそう）　　　　　 風疹

　 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）

**上記に相違はありません。**

西暦　　　　年　　　月　　　日

　　氏名

確認者

訪問先

（院内感染防止対策委員会）