

# 入院当日体調確認用紙

令和5年4月1日改訂

感染制御部

入院に際し感染症状の有無を確認するために用紙の記入をお願いしています。

「あり」がある方は看護師までお申し出ください。入院前に下記症状ある場合は、各診療科外来へご連絡をお願い致します。

記入日            年            月            日  
氏名

	質問		回答
症状	① 10日間以内の37.0℃以上の発熱	あり いつ	なし 本日の体温            °C
	② 10日間以内の呼吸器症状(咳・痰・呼吸苦)や感冒様症状(咽頭痛・鼻汁・下痢・頭痛・倦怠感等)	あり 症状	なし
	③ 10日間以内の味覚・嗅覚障害	あり いつ	なし
リスク	④ 10日間以内のCOVID-19感染者または濃厚接触者との接触歴	あり いつ	なし
	⑤ 同居人の10日間以内の発熱や呼吸器症状、感冒様症状	あり いつ	なし どなた
	⑥ 10日間以内の同居家族以外との食事等、マスクなしでの接触	あり いつ	なし
	⑦ 10日間以内の海外渡航歴	あり いつ	なし
	⑧ 10日間以内の海外帰国者/入国者との接触	あり いつ	なし
	⑨ 10日間以内の国内旅行歴	あり いつ	なし
	⑩ 10日間以内の繁華街・歓楽街・イベント会場への出入り	あり いつ	なし
	⑪ 10日間以内の他院入院、デイサービスや施設入所などの集団生活	あり いつ	なし
抗体	⑫ これまでに新型コロナウイルス感染症と診断された	あり いつ	なし 療養先
	⑬ 新型コロナワクチン接種歴		回済
	⑭ 最終ワクチン接種日		年            月            日 (ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス)