

入院時感染チェック票

院内での感染症発生を防ぐために、下記の事項について確認させていただいております。ご理解とご協力をお願いいたします。

患者ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____

記入者: _____ (続柄: _____)

体温: _____ °C

入院当日の体温をご記入ください。

次の質問について「はい」または「いいえ」のいずれかにチェック(○または✓)をお願いします。

以下のような症状はありますか。		はい	いいえ
1	37.5°C以上の発熱がある。または体温が普段より1°C以上高い		
2	せきが出る		
3	のどが痛み 鼻水 痰がいつもより多い		
4	体のふしぶしが痛い		
5	体がだるい		
6	味やにおいの異常を感じる		
7	1週間以内および現在、下痢やおう吐の症状がある(あった)。		
8	体に発疹が出ている		
9	耳の下からあごのライン(耳下腺)の腫れがある		
10	あごの下(顎下腺)の腫れがある		
2週間以内に、同居家族や職場、保育園、学校、近所等で以下の感染症にかかっている人がいる、または症状のある人はいますか。		はい	いいえ
11	下痢やおう吐の症状のある人がいる(いた)		
12	インフルエンザにかかっている人(疑いも含めて)がいる(いた)		
13	はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜにかかっている人(疑いも含めて)がいる(いた)		
14	新型コロナウイルス感染症にかかっている人がいる(いた)		

※ご記入の上、入院時に入院受付へご提出ください。

確認者サイン : _____
(病棟看護師)