

# 感染症チェックシート(新規来院患者又は入院時記入)

発熱がある場合や、下記1,2,3の項目で「○」がつく場合  
来院前に病院に連絡をして下さい。

電話番号：0279-52-3551 外来看護師 (9:00-17:00)

※入院時(手術で入院する場合、麻酔科受診時)に、  
必ず記載して、ご持参下さい

記入日： 年 月 日

1. お子様およびご家族の本日の様子について、当てはまる項目に○をして下さい。

今朝、お子様の体温は何度でしたか？	℃	
	ご本人	ご家族
1週間以内に37.5℃以上の発熱のあった		
目のかゆみ、痛み、充血、目やにがある		
咳や痰が長引いている		
体に発疹(おでき)がある		
その他、気になる症状はある		

2. 1ヶ月以内にお子様を通う保育園・幼稚園・学校などで以下の感染症がはやっていませんか？  
また、同居されているご家族に症状はありませんか？(当てはまる項目に○をして下さい)

	学校/近所 で流行	同居家族 が罹患		学校/近所 で流行	同居家族 が罹患
はしか(麻しん)			流行性角結膜炎(はやり目)		
風しん			溶連菌感染症		
みずぼうそう(水痘)			胃腸炎(嘔吐下痢症)		
おたふくかぜ(耳下腺炎)			マイコプラズマ感染症		
帯状疱疹			咽頭結膜熱(プール熱)		
インフルエンザ			新型コロナウイルス感染症		
RSウイルス感染症			その他の感染症		

○の項目について、症状が  
出現した日、お子様がいつ  
まで・どのように接触した  
かなどを、お知らせ下さい。

3. 新型コロナウイルス感染症に関する問診です。  
過去2週間以内で当てはまる項目があれば○をして下さい。

	ご本人	家族	具体的に教えて下さい
患者数が多い地域*へ旅行/仕事で滞在した			
患者数が多い地域*の方と接触した			
発熱・咳など肺炎症状のある方と接触した			
人混みへ外出・同居家族以外で会食した			

\*患者数が多い地域とは、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が発出されている地域を指します。

4. 予防接種および既往について、以下の項目にお答え下さい。(該当項目に○をして下さい)

	予防接種の回数	かかったこと
はしか(麻しん)	未・1回済・2回済・不明	あり・なし・不明
風しん	未・1回済・2回済・不明	あり・なし・不明
みずぼうそう(水痘)	未・1回済・2回済・不明	あり・なし・不明
おたふくかぜ(耳下腺炎)	未・1回済・2回済・不明	あり・なし・不明