**感染対策確認票**

**□発熱・感染有症状者**

**□入院・外泊・外出患者**

**□臨床実習者など**

**（各部署⇒事務局）**

**＊院内感染防止対策のため、ご理解とご協力をお願いいたします。**

**ご記載いただいた情報は、感染防止対策以外には使用いたしません。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **確　認　内　容** | **職員確認** |
| １ | **氏　名** |  |  |
| ２ | **記載日時** | **202　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分** |  |
| ３ | **実測検温値** | **℃　　　＊家庭での測定値可** | **□37．5℃****以上** |
| ４ | **来院目的** | **□診療・検査など　　　□入院・帰院　　　□患者付き添い　　□相談・説明　　　　　　　□書類・支払いなど****□手術立ち合い　　　　　　□病院からの依頼****□業務・実習・見学など（　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| ５ | **本日および過去７日間の症状すべてにチェックをしてください** | **□症状なし****□発熱　　　□咽頭痛　　□せき　　□痰　　□鼻閉感　　□息苦しさ　□だるさ　　□頭痛　　□筋肉・関節痛　　　□食欲低下　□吐き気　　□下痢　　□味覚異常　　　　　□嗅覚異常** | **□症状に****チェック有** |
| ６ | **あなたは、1か月以内に新型コロナウイルス感染症を発症しましたか？** | **□ない****□ある****□発症日・症状出現日　　　　　月　　　　日** | **□7日以内****□８日以上****＊発症０日** |
| ７ | **同居者の中に新型コロナウイルス感染症を発症された方はいますか？** | **□いない****□いる****□発症日・症状出現日　　　　　月　　　　日** | **□7日以内****□８日以上****＊発症０日** |
| ８ | **同居者以外で相互にマスクなしで接触された方に新型コロナウイルス感染症を発症された方はいますか？** | **□いない****□いる****□接触日　　　　　月　　　　日** | **□7日以内****□８日以上****＊発症０日** |
| ９ | **新型コロナウイルス感染症の検査を10日以内に受けましたか？****（自己検査含む）** | **□ない****□ある　　202　　年　　　月　　　日****□陽性　　　□陰性****□検査医療機関　　　　　　　　　　　　□自己検査** | **□陽性** |
|  | **＊対応：担当者記載** |  |  |

**ご協力いただきありがとうございました。**

日立総合病院　　2023.4.26