



分娩室及び分娩予備室入室者問診票



記入日 年 月 日

患者氏名

当院では感染症対策の為、分娩室及び分娩予備室に入室を希望される方の体調確認を実施しています。分娩当日の1週間前からの症状で当てはまるものに○をつけてください。該当症状によって当日の立ち会いをご遠慮いただくこともありますので、事前相談は分娩室にご連絡ください。

	氏名	氏名	氏名
<input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 咳	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 鼻水	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> のどの痛み	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 下痢	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> その他	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)

	氏名	氏名	氏名
<input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 咳	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 鼻水	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> のどの痛み	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 下痢	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)
<input type="checkbox"/> その他	(あり・なし)	(あり・なし)	(あり・なし)

気になる症状があればご記入ください。