



分娩室及び分娩予備室入室者 問診票



記入日 令和 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される方の
体調確認をおこなっております。

分娩前1週間以内の症状に当てはまるものに○をつけてください。

症状によって、当日の立ち会いをご遠慮いただくことがありますので、
その場合は事前にご連絡ください。

	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	【 】	【 】	【 】

	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	【 】	【 】	【 】

■ その他気になることがあればご記入ください