

感染症 問診票

* 自身や家族の有症状時 以下の内容を聞き取ります

報告	職場長への報告日時	
職員	氏名	
	部署	
症状	発熱	有無 最高体温 いつから
	その他の症状	有無 いつから
	咳	
	鼻水	
	咽頭痛・違和感	
	頭痛	
	筋肉痛	
	嘔気嘔吐	
	下痢	
	腹痛	
	全身倦怠感	
家族歴	家族や知人に症状があるか どのような症状か	
	学校や職場の感染状況は	
	医療機関の受診	
	診断名	
自身・家族	新型コロナウイルス検査について	
	抗原定性検査	
	PCR検査 LAMP検査	
行動歴	イベント・会食などの3密機会	
出勤状況	症状発現日を含めた3日間の勤務歴	
	3日間の休憩時 職員との接触状況	
	3日間の担当・ケア実施患者	

2022年8月29日 改定