

窓越しきょうだい面会 問診表

分娩立ち会い 問診票

お子さまの体調などについて下記の項目にご記入ください。
感染防止のためお子様にサージカルマスクの着用をお願いしております。
御協力をよろしくお願い致します。

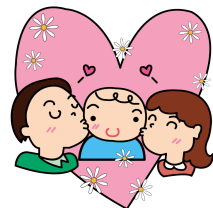
該当する項目すべてに○を付けて下さい。

1. 麻疹（はしか）： 予防接種未 ・ 予防接種済み ・ かかったことがある
2. 水痘（みずぼうそう）： 予防接種未 ・ 予防接種済み ・ かかったことがある
3. 風疹： 予防接種未 ・ 予防接種済み ・ かかったことがある
4. 流行性耳下腺炎（おたふく）： 予防接種未 ・ 予防接種済み ・ かかったことがある
5. 3種混合： 予防接種未 ・ 予防接種済み
6. 一緒に住んでいる家族に感染症が ある（ ） ・ ない
7. 保育園や小学校で流行している感冒が ある（ ） ・ ない
8. 本日、発熱して いる ・ いない
9. その他の症状があればご記入ください（ ）

患者氏名（ ）

面会 可 ・ 不可

小児科医サイン（ ）



福山医療センター 2 A 病棟

H23. 10. 3 作成

H24. 4. 15 改訂