

【体調確認用紙】

月日： _____ 氏名： _____

一ヶ月以内にあなたやあなたの身の回りの方（同居家族、職場、お子様の保育園、幼稚園、学校など）に以下の症状があった場合はチェックしてください。

	あなた	同居家族	身の回りの方
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳、痰、息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
めやに	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体のだるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味覚異常、嗅覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 上記以外の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

一ヶ月以内にあなたや同居家族の方が罹患、あるいは周囲で流行していた病気があれば○をつけてください。

罹患したのはどなたですか。 あなた 同居家族（ _____ ） 周囲
インフルエンザ ・ ノロウイルス ・ RS ウイルス ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 手足口病
おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 帯状疱疹 ・ マイコプラズマ ・ りんご病
その他（ _____ ）

あてはまることがあるときは、来院前に必ずお電話でご相談ください。

八戸市立市民病院 周産期センター外来

0178-72-5071

（月曜日～金曜日：午前8時30分～午後4時30分）