

# 入院時感染チェック表

(別紙 3-2)

保護者の方へ

氏名:

生年月日:

年

月

日

院内での感染を予防するため、お子様の入院にあたり下の表の該当するところを○で囲んで記入してください。この用紙は、入院必要書類と一緒に受付へお渡し下さい。

## \* 今までの疾患罹患状況について \*

疾患名	既往歴 (今までにかかったこと)	入院日～1か月前迄の接触、流行の有無
麻疹(はしか)	未 あり	無・有( )
風疹(三日はしか)	未 あり	無・有( )
水痘・带状疱疹(みずぼうそう)	未 あり	無・有( )
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未 あり	無・有( )
百日咳	未 あり	無・有( )
ウイルス性肝炎	未 あり	無・有( )
耐性菌(MRSA、ESBL,緑膿菌 )	未 あり	無・有( )
結核	未 あり	無・有( )

## \* 最近の状況について \*

入院～1 か月前迄にかかったことがありますか	入院日～1週間前までの接触流行の有無
頭しらみ、疥癬	無 ・有( )
感染性胃腸炎 (ノロ・ロタウイルス・O-157 等)	無 ・有( )
インフルエンザ	無 ・有( )
RS ウイルス	無 ・有( )
新型コロナウイルス	無 ・有( )

## \* 予防接種について \*

★必ず母子手帳で確認して記入してください。(確認・未確認)

予防接種	接種の有無、回数	予防接種	接種の有無、回数
麻疹	無 ・有 (① ②)	BCG	無 ・有
MR:混合 ワクチン 風疹	無 ・有 (① ②)	B 型肝炎	無 ・有(① ② ③)
水痘・带状疱疹 (みずぼうそう)	無 ・有 (① ②)	肺炎球菌	無 ・有(① ② ③ ④)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	無 ・有 (① ②)	ロタウイルス	無 ・有(1価:① ②) (5 価:① ② ③ ④)
日本脳炎	無 ・有(① ② ③ ④)	四種混合	無 ・有(① ② ③ ④)
三種混合	無 ・有(① ② ③ ④)	五種混合	無 ・有(① ② ③ ④)
ポリオ	無 ・有(① ② ③ ④)	ヒブ(インフルエンザ菌)	無 ・有(① ② ③ ④)
インフルエンザ	無 ・有(種類 : 注射 ・ 点鼻)(接種日: 月 日)		

\* 入院日～1 週間前までの本人および同居家族内の体調不良は入院時健康観察票に記載し、看護師まで申し出てください。

感染症にもとづく医師の判定 ・入院可 ・不可	感染症(疑)名	判定医師サイン
観察・隔離等の意見:		