

産後ケア感染症チェックシート

発熱がある場合や、下記1,2の項目で「○」がつく場合
来院前に病院に連絡をして下さい。
電話番号：0279-52-3551（代表）産科病棟

記入日： 年 月 日

フリガナ
氏名

1. ご本人およびお子様の本日の様子について、当てはまる項目に○をして下さい。

	ご本人	あかちゃん
今朝、お子様の体温は何度でしたか？	℃	℃
1週間以内に37.5℃以上の発熱のあった		
目のかゆみ、痛み、充血、目やにがある		
咳や痰が長引いている		
体に発疹（おでき）がある		
その他、気になる症状はある		

2. 1ヶ月以内にお子様を通う保育園・幼稚園・学校などで以下の感染症がはやっていませんか？
また、同居されているご家族に症状はありませんか？（当てはまる項目に○をして下さい）

学校/近所 同居家族が で流行 罹患			学校/近所 同居家族が で流行 罹患		
はしか(麻疹)			流行性角結膜炎(はやり目)		
風しん			溶連菌感染症		
みずぼうそう(水痘)			胃腸炎(嘔吐下痢症)		
おたふくかぜ(耳下腺炎)			マイコプラズマ感染症		
帯状疱疹			咽頭結膜熱(プール熱)		
インフルエンザ			新型コロナウイルス感染症		
RSウイルス感染症			その他の感染症		

3. 2.で「○」の項目について、お子様がいつまで・どのように接触したか、同居家族の方の症状が出た日などを、お知らせ下さい。

(記入例：通っている保育園の同じクラスの子が3月12日におたふくかぜと診断された。その子は、3月5日～3月9日まで登園し、その後は休んでいる。子どもは3月5日～3月9日の間登園し、一緒に遊んでいた。)

--