

きょうだい用面会カード

面会日 月 日 市立豊中病院

患者氏名

面会するお子様の氏名

年齢： 歳 体温： 度

問診表

① 3日以内に次のような症状がありましたか(□にチェックをしてください)

あった場合は症状が最後にあった日を()の中に記入してください

□ すべてなし

□ 発熱 () □ 嘔吐 ()

□ 咳 () □ 下痢 ()

□ 鼻水 () □ 発疹 ()

② ご家族の方で上記症状がある方はおられますか

はい いいえ

どなたですか ()

どのような症状ですか ()

③ 1週間以内に、インフルエンザ、感染性胃腸炎、RSウイルス感染症、アデノウイルス感染症(流行性角結膜炎など)、手足口病、マイコプラズマ肺炎、麻疹、水痘、おたふくかぜ、風疹にかかった人と接触しましたか。

はい いいえ

④ 定期予防接種について、接種しているものにチェックをしてください。

□ BCG □ B型肝炎(3回)

□ 五種混合(4回目) または四種混合とヒブワクチン

□ 肺炎球菌(4回目)

□ 麻疹・風疹

□ 水痘

※ 1歳時点で必要な④に記載の定期予防接種を受けておられないお子様は面会をお断りさせていただいています。

※ 表面の①～③にチェックがある場合、小児科医師が面会の可否を判断させていただきます。

※ 面会中にきょうだいが大声を出される、お部屋から出て行かれる、などの他の患者様への迷惑となる行為があった場合は面会を中断させていただく場合がございます。

※ 院内には様々な医療機器や危険物がありますが、お子様の怪我などについて病院では一切の責任を負いかねます。面会されるお子様の安全へのご配慮はご家族で責任を持ってお願いいたします。