

入院病棟 _____ 病棟

入院される方のお名前 _____ 様

1. 過去 3 週間以内に以下の疾患に罹った、もしくは罹った人との接触があった場合は
チェックをしてください。

☐ 麻疹（はしか） ☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

☐ 風疹（三日はしか） ☐ 水痘（みずぼうそう） ☐ 新型コロナウイルス感染症

☐ その他（ _____ ）

2. 1に該当された場合、いつ頃に疾患に罹った、もしくは接触がありましたか？

（ _____ 月 _____ 日頃）