

分娩の立ち会いをご希望の方は、ご主人様がワクチンを2回or 3回接種してから2週間経過している方、又は、2週間以内の陰性証明にある方に限ります。(ワクチン2回接種後半年以上経過してしまった方は、3回目を接種していない場合には立ち会い不可となります)

ワクチン接種日	2回目	年	月	日	済み	3回目	年	月	日	済み
---------	-----	---	---	---	----	-----	---	---	---	----

★毎日の健康チェックの記入をお願いします。

分娩立ち会い・面会者用	日付	/	/	/	/	/	/	/	/
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	日付	/	/	/	/	/	/	/	/
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	日付	/	/	/	/	/	/	/	/
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	日付	/	/	/	/	/	/	/	/
	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	

★自覚症状ありの場合：該当番号①咳・咽頭痛などの呼吸器症状、②全身倦怠感、③息苦しさ、④嗅覚・味覚異常をご記入ください。

**分娩立ち会い時・面会時の問診票** ★当日の健康状態をご記入ください。

★この用紙を忘れたり(記入漏れも含む)、A・Bに該当項目がある時には、分娩立ち会い・面会はできません。

A: 当てはまるものにチェックしてください		分娩立ち会い時		産後の面会時	
		スタッフサイン /	スタッフサイン /	スタッフサイン /	スタッフサイン /
①	コロナ感染の既往がありますか？(はいの方: 年 月 日) <b>感染初日から2週間経過していれば立ち会い・面会は可能です</b>	はい	いいえ	はい	いいえ
②	2週間以内に、あなた、または同居者の家族が新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことはありますか？	はい	いいえ	はい	いいえ
③	2週間以内に、同居のご家族で感染症(インフルエンザ、おたふくかぜ、麻疹、風疹、水疱そう、かぜ、胃腸炎)の方はいましたか？	はい	いいえ	はい	いいえ

B: 当日の当てはまる症状にチェックしてください		分娩立ち会い時		産後の面会時	
①	発熱(37.5°C以上)がある	はい	いいえ	はい	いいえ
②	風邪症状(のどの痛み、咳、痰、鼻水、頭痛など)がある	はい	いいえ	はい	いいえ
③	胃腸症状(嘔気、嘔吐、下痢)がある	はい	いいえ	はい	いいえ
④	味覚・臭覚異常がある	はい	いいえ	はい	いいえ