毎日の症候性サーベイランスシート

様式４

記入日：　　年　　　月　　　日

氏　名：

1. 体温（　　　　）℃
2. 咳・痰，鼻水，咽頭痛，頭痛などの風邪症状がありますか （　あり　・　なし　）
3. 吐き気，嘔吐，下痢などの消化器症状がありますか　　　 （　あり　・　なし　）
4. 身体に発疹がありますか　　　　　　　　　 　 　　　 （　あり　・　なし　）
5. 眼の充血，かゆみがありますか 　　　 （　あり　・　なし　）
6. その他，気になる症状がありますか

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

【対応】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当項目 | 考慮される感染症 | 感染対策 |
| 1，2 | インフルエンザ，COVID-19など | 飛沫予防策＋接触予防策 |
| 3 | ノロウイルスなど | 接触予防策（アルコール禁） |
| 4 | 麻疹など | 接触予防策＋空気予防策 |
| 5 | 流行性角結膜炎など | 接触予防策 |