

健康観察記録(面会者用)

氏名：				入院患者氏名					診療科：							
日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	夜	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器 症状	せき	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	息が苦しい	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻みず・鼻づまり	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	のどが痛い	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	吐き気、おうと	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身のだるさ	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	関節痛、筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味やにおいの異常	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他																
備考																

これまでになかった症状が出た場合やいつもと違う場合には有を○で囲んでください。

下記の①～⑤で当てはまることがあった場合には、備考欄に記号を記入してください

- ① 新型コロナウイルス感染症の方と接触があった
- ② 家庭内に、感染者の濃厚接触者や発熱や上記の症状がある人がいる
- ③ 職場や学校、保育所等で感染経路不明の感染者が複数発生している
- ④ イベントや冠婚葬祭等多人数の集まりに参加した
- ⑤ いわゆる「3密」(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話)の機会があった

この用紙は、ご来院時に
病棟スタッフへ提出してください。

ご来院予定日が決まりましたら、7日前から健康観察をお願いいたします。また、上記①～⑤を避けてください。
発熱や上記の症状がある場合には、ご来院せず、患者様が入院されている病棟までご連絡ください。
電話番号:0176-23-5121(代表)