

# 健康チェック表

※入院当日に入院案内へご提出ください

氏名： 様

## 【入院当日記入欄】

**1ヵ月以内**の新型コロナウイルスの感染状況についてご記入ください。

①ご自身が感染した はい・いいえ 発症日： 月 日

②同居者が感染した はい・いいえ 発症日： 月 日

感染症持ち込み防止対策の一環として、入院前の健康チェックをお願いします。

入院前	日付	体温	症状						備考
入院7日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院6日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院5日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院4日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院3日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院2日前		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院前日		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
入院当日 朝		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
当日付き添い者		°C	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

※本人・同居する方が、新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、病院にご連絡下さい。

※当日は、付き添い者の健康チェックも併せてお願いします。

※入院前日に発熱したときは病院へご連絡ください。状態によっては入院が延期となることもあります。

※発熱が持続する場合は、当院または近隣の病院クリニックなどを受診してください。

ご記入者