

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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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		℃	<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