

氏名

日付	/	/	/	/	/	/	/
体温（測定時間）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸困難感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他の症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
家族の症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

日付	/	/	/	/	/	/	/
体温（測定時間）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）	℃（：）
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸困難感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他の症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
家族の症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

来院日 2 週間前より、ご自身の体調管理及び不要・不急の外出を控える事にご協力ください。

および、ご自身及び同居ご家族様において、以下の内容の有無を毎日チェックしてください。

- | | |
|--------------------------------|--|
| ● 発熱（平熱の場合も体温を記載） | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| ● 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 匂いのわかりにくさ |
| ● 咳（せき） | <input type="checkbox"/> 味覚異常 |
| ● 呼吸困難（息苦しさ） | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| ● その他の症状 | <input type="checkbox"/> 海外渡航・他県への移動 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> コロナ感染者（陽性者）との接触 等 |
| <input type="checkbox"/> 痰（たん） | 新型コロナウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 |

※ご不明な点等ございましたら看護管理室までご連絡ください。（病院代表：0565-43-5000）