患者様用

健康観察表

提出日　　月　　日

患者ID		健康観察表を記載する理由　該当箇所に☑
患者様ご氏名		□ 入院前　□ リハビリ前 □ その他（　　）

行動歴について	予定日　　月　　日
14日以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した	□ なし　□ あり　⇒ 要連絡
7日以内に新型コロナウイルス感染者と接触があった	□ なし　□ あり　⇒ 要連絡
10日以内に新型コロナウイルス感染者に罹患された家族と同居している。	□ なし　□ あり　⇒ 要連絡
風邪症状のある同居者がいる	□ なし　□ あり

1週間前より体温測定と症状の有無を記載して再受診日・入院日に持参して下さい

観　察		1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
日　付		/	/	/	/	/	/	/
体温測定								
以下の該当する項目に☑をつけてください。								
無症状								
呼吸器症状	咳（せき）							
	鼻水・鼻つまり							
	のどの痛み							
その他の症状	匂い・味の異常							
	吐き気／おう吐							
	頭が痛い							
	全身がだるい							
	筋肉の痛み							
	便が緩い							
	その他							
備　考 受診や検査実施があれば記入								

健康観察期間内に症状があった場合は、電話＿＿＿＿＿＿　担当＿＿＿＿＿＿までお電話ください。

木戸病院　新型コロナウイルス感染症対策委員会　2023年 9月 19日　改定