

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		<input type="checkbox"/> 入院前	<input type="checkbox"/> リハビリ前
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
2週間以内の行動歴について		予定日	年 月 日
新型コロナウイルス感染者と濃厚接触があった		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒入館不可
身近に新型コロナウイルス感染者がいる		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒入館不可
海外渡航歴がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒入館不可
県外への移動・滞在がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

健康観察表に2週間前より朝・夕2回の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 (朝)							
体温測定 (夕)							
以下の該当する項目に☑をつけてください。							
無 症 状							
呼 吸 器 状 態	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						
備 考							
受診や検査実施があれば記入							

観 察	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
日 付	/	/	/	/	/	/	/
体温測定 (朝)							
体温測定 (夕)							
以下の該当する項目に☑をつけてください。							
無 症 状							
呼 吸 器 状 態	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						
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 025-273-2151 までお電話ください。