

氏名		来院目的 該当箇所に☑
		<input type="checkbox"/> 実習 <input type="checkbox"/> 患者の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()
2週間以内の行動歴について		予定日 2022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来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	咳 嗽						
	鼻汁・鼻閉						
	咽頭痛						
そ の 他 の 症 状	嗅覚味覚障害						
	嘔気・嘔吐						
	頭 痛						
	全身倦怠感						
	筋肉痛						
	下 痢						
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	咳 嗽						
	鼻汁・鼻閉						
	咽頭痛						
そ の 他 の 症 状	嗅覚味覚障害						
	嘔気・嘔吐						
	頭 痛						
	全身倦怠感						
	筋肉痛						
	下 痢						
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 担当 _____ までお電話ください。