予定入院患者さんの健康観察シート

2023.12改訂

入院に伴う、新型コロナウイルス感染症の院内感染防止対策にご協力をお願いします。
入院1週間前からの患者さんご自身と同居のご家族の健康状態をチェックし、入院手続き時に提出お願いします。
入院までに患者さんご自身とご家族に風邪症状があればすぐに、該当の外来へ電話でお知らせ下さい。

診察券番号：　　氏名：	生年月日：　　年　　月　　日　　才
●新型コロナワクチン接種について記載してください	**●以下に該当があれば教えてください**
●新型コロナワクチン接種について記載してください □　接種済み　（　　）回 直近の接種日（　　）年（　　）月（　　）日 □　未接種	患者さんご自身が、１か月以内に新型コロナウイルス感染症と診断されましたか はい（　　月　　日まで療養）　/　　いいえ 同居者・身近な人が１か月以内に新型コロナウイルス感染症と診断をうけましたか はい（　　月　　日頃）　/　　いいえ

	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	入院日
日付	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃	朝：　℃
	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃	夕：　℃
のどの痛み・違和感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
せき	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
だるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他気になる症状								
同居家族に上記症状はありませんか	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無