

新型コロナウイルス対策 入院及び付き添い前 症状確認シート

患者氏名(

)

付き添い者の氏名(

)

入院もしくは付き添い当日まで記入して、ご持参ください

日付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1	朝の体温	°C									
2	夜の体温	°C									
3	この1週間で37.5度以上の発熱はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
4	風邪症状(咳、のどの痛み、鼻水、頭痛など)がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
5	疲労感やだるさはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
6	下痢や吐気、嘔気はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
7	その他、何か体調に変わったことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
8	感染者や濃厚接触者と接触した可能性がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
9	同居の家族に上記3~7の症状がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
10	ご自分や同居者の職場や学校、保育園などで陽性者がいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									

コロナワクチン接種歴 あり (回接種済み) なし

横浜労災病院