

健康観察表

施設名	名前														
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日															
体温	-----														
咳															
呼吸困難															
鼻汁鼻閉															
咽頭痛															
嘔気嘔吐															
結膜充血															
頭痛															
倦怠感															
関節・筋肉痛															
味覚障害															
嗅覚障害															
下痢															
家族や、知人に濃厚接触者、流行地からの帰省者、有熱者がいる															
行動歴・接触歴など															
※毎日の検温をお願いします。37.0℃以上の発熱があった場合は、1日2回の体温測定記録を開始してください。															

≪以下について、実習日**当日記入**して持参し受付に提出してください≫

① 2週間以内に熱があった (37℃以上)

いいえ はい

② 咳、喉の痛み、強いだるさ、息苦しさがある

いいえ はい (症状: _____)

③ 新型コロナウイルスに感染した人、または疑いのある人との接触歴がある

いいえ はい (具体的に: _____)

④ (家族の状況について) ①~④に当てはまる人がいる

いいえ はい (該当する番号 _____)

● 必要に応じ、詳細についてお話を伺う場合があります。

● 院内感染防止に、ご協力をお願いいたします。

新潟県立十日町病院