

# 健康観察表

入院患者名

病棟

面会者氏名 (続柄) ( )

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温											
頭痛	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
関節痛	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
鼻水・鼻づまり	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
咽頭痛	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
せき	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
嗅覚・味覚異常	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
目の充血	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
目やに	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
目のかゆみ	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
2週間以内にコロナ陽性者・濃厚接触者との接触	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし	あり/なし
備考											
	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	面会当日			

※面会の際は、面会当日を含む8日間の御記載をお願いいたします。

※「あり」に記載がある場合は、面会を御遠慮させていただきまますのでご了承ください。

※面会時間は5分間までとなります。