**健康観察表**

病棟　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院患者名

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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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すのでご了承ください。

※面会時間は10分間となります。

医療法人社団慈誠会　浮間舟渡病院