

新型コロナ関連の入院前チェックシート

入院予定日： 月 日 () 体調チェック期間： 月 日 ~ 月 日

氏名： 《 患者 ・ 付き添い者(続柄： 氏名：) 》

1. 入院前の7日間は、感染症対策に十分ご注意ください。(リーフレット参照)

注意)発熱などのコロナ感染症疑いのある方との接触、3密を伴うイベント・会食は控えて下さい。

※下記の症状があった場合は、入院が延期となる可能性があります。

2. 入院前の体調を把握するため、この用紙を持参するようお願いします。

【入院前の健康チェックについて】 午前中の検温・症状の有無の確認と記載をお願いします。

※発熱や症状がある場合は、平日時間内に各診療科へお問い合わせください。

体調はいかがですか	日 付						入院当日
	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
息苦しさ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
せき・痰	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
咽頭痛	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
味覚・嗅覚の低下	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
強いだるさ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
同居者に発熱や 体調の悪い人がいる	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

※以下は、入院当日に職員が確認を致します。

【行動歴確認】

①コロナを疑われている人または確定の人との接触がありますか？ ☐有 ☐無

②これまでにコロナに感染した事がありますか？ ☐有 ☐無

感染した時期はいつ頃ですか？ (年 月頃)

③コロナワクチン接種 ☐未 ☐済み(1回 ・ 2回以上) 最終接種日(年 月 日)