

入院前チェック表

毎日1日2回(朝・夜)の検温と体調変化確認、下記の確認事項記載をお願いいたします。

患者名 _____

診療科: _____

入院・検査日 / :

入院日

発行日: _____

当日体温: °C

確認Nsサイン

- ・1週間以内に会食や旅行に行かれた際は、事前検査が必要となる場合がありますので、事前に外来にご連絡ください。
・この用紙は、「入院時感染症問診票」とともに、入院当日に入退院窓口までご提出ください。

※入院日に「入院時感染症問診票」と確認し、必要時に病室（差額個室等）調整、入院前外来診察、追加検査をさせて頂く場合がございます。

院内の感染防止対策について、何卒ご理解・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

新型コロナウイルス ワクチン接種記録表										
新型コロナウイルス ワクチン接種記録表 最終接種日 _____ 年 ____ 月 ____ 日（お分かりになる範囲でご記入をお願いいたします（〇年〇月頃など））										
	月日	体温		喉の痛み 違和感 いがいが	咳	嗅覚障害 味覚障害	会食	旅行	ご家族及び同居者 ・発熱(37.0℃以上) ・コロナ感染者 ・接触者	医療者 チェック 記入欄
		朝	夜							
7日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
6日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
5日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
4日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
3日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
2日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
1日前		℃	℃	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
入院日		℃		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
	入院前 14日以内に、ご自身が新型コロナウイルス感染症と診断されましたか？						いいえ	はい いつ:202 年 ____ 月 ____ 日		外来 連絡 □
	入院前 7日以内に、以下の感染症と診断された方との接触はありましたか？									
	新型コロナウイルス感染症						いいえ	はい		
インフルエンザ						いいえ	はい			