

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 _____

・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。

確認Nsサイン _____

※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。

新型コロナワクチン 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(○年○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°C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 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 6日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 5日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 4日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 3日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 2日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 1日前 | °C | °C | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | |
| 入院日 | °C | | 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 | | | | |