

# 健康記録票

(この用紙は、入院手続き時にご提出ください)

入院予定の診療科: \_\_\_\_\_ ご氏名: \_\_\_\_\_

次の質問にお答えください。

■ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある ( はい・いいえ )

はいの方は、診断日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

■ 新型コロナワクチン接種を実施した。 \_\_\_\_\_ 回

接種した方は、最終接種日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入院予定日の7日前からご自身と同居ご家族の症状の確認をお願いします。

	入院7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	入院前日	入院当日
日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
時間	:	:	:	:	:	:	:	:
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
のどの痛み や 違和感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻水や 鼻づまり	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
臭いや味が わからない	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
咳や 呼吸困難	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
同居家族に 上記の症状 がある	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無