

入院前の健康観察表

お名前 _____ 様

新型コロナウイルス感染拡大予防のため、以下についてご協力をお願いいたします。

●入院 14 日前からの体温と症状の有無について、毎日ご記入ください。

月／日	体温	のどの痛み	咳	鼻水	体のだるさ	味覚 嗅覚の異常	その他の症状
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有（ ）・無
／	℃	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 2 週間前までに新型コロナウイルス感染症陽性者・濃厚接触者になった場合は速やかに下記まで電話連絡をお願いいたします。

●入院当日、発熱や体調がすぐれない場合は来院せず、下記まで電話連絡をお願いいたします。

この用紙は入院日にお持ちいただき、入院する病棟の看護師にお渡しください。

豊橋市民病院

連絡先 0532-33-6111（病院代表）