

患者名	
診察券番号	

<b>入院までの健康観察票</b>
-------------------

\*入院前日:発熱時など体調変化時は病院へご連絡ください(077-582-6200)

		入院7日前	入院6日前	入院5日前	入院4日前	入院3日前	入院2日前	入院前日	入院当日
日付		/	/	/	/	/	/	/	/
体温		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
呼吸器 症状	せき	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	分泌物の増加	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	のどの痛み	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	はき気・おう吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身倦怠感 (強いだるさ)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	新型コロナウイルス 感染者との接触	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	外出 (場所)	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他 (気になったこと spo2値など)								
屯用薬使用(薬品名)									

↓ 医療者記入欄

該当項目	確認看護師	確認医師
無・有		

入院時にこの健康観察票を必ず持参ください。お持ちでない場合、入院できないことがあります。