

2週間の体調確認表

患者様氏名 _____ 様

記載者氏名 _____ 様 続柄(_____)

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診前、2週間の体温測定をお願いします。

(メモ用紙に、2週間の体温測定をして頂いても構いません。)

体温が37.5度以上の時は、谷山病院地域連携室(TEL099-269-4111)に連絡ください。

曜日	日	月	火	水	木	金	土
日付							
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
曜日	日	月	火	水	木	金	土
日付							
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
曜日	日	月	火	水	木	金	土
日付							
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C

以下の内容は、当日、医療機関で確認させていただきます。

確認項目	
①本人の県外・海外への移動の有無	有 無
②本人の県外・海外から来られた方との接触の有無	有 無
③同伴者、同居者の県外・海外への移動の有無	有 無
④同伴者、同居者の県外・海外から来られた方との接触の有無	有 無
⑤周辺の方でコロナに感染した方の有無	有 無
⑥夜の街(接客業を含む)の利用の有無	有 無
⑦クラスター発生場所、もしくは付近の利用の有無	有 無
⑧体温測定(受診・入院の当日朝)	°C
⑨咳・痰・鼻汁・呼吸困難・鼻閉・咽頭痛の有無	有 無
⑩頭痛・倦怠感・下痢・味覚障害・嗅覚障害の有無	有 無
⑪マスクの着用(来院時)	有 無