

健康チェックシート(予定入院患者用)

病院内での感染対策のため健康チェック表のご記入をお願いします

- 入院や手術が決定しましたら出来る限り外出を控えて頂き、家族以外との食事はしない等、感染対策へのご協力をお願い致します。
- コロナ感染症の経過は潜伏期間を考慮して行う必要があります。5日間の健康観察を行い以下に記入してください。検温は1日2回行ってください。
- 健康観察中に体温 37.0℃以上となる場合、チェック項目に「有」となった場合は、必ず病院へお電話ください。湘南慶育病院 0466-48-0050 担当：_____。
- 入院予定の方：健康観察期間が5日未満の場合や未記入部分がある場合は、病院個室にて経過観察をさせて頂く場合がございますのでご了承ください。

氏名： _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

コロナワクチン接種： なし・ あり _____

(最終ワクチン接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ; _____ 回目)

入院予定日/外来手術来院日 _____ 月 _____ 日 (_____)

	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	入院当日 外来手術当日
	/	/	/	/	/	/
項目						
体温 朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃
体温 夕	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻水	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
だるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
はきけ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
息苦しさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
味覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
嗅覚障害	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
家族以外との食事	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
家族以外とマスクを外しての会話	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
コロナ陽性者や濃厚接触者との接触	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
渡航歴のある人との接触	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
同居家族の体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

2023年1月10日

湘南慶育病院

院内感染防止対策委員会