

健康チェックシート

本健康チェックシートは、当院入院・入所にあたり、患者様の健康状態を確認することを目的としています。
本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、厳正なる管理のもとに保管し、関係者の健康状態の把握、入院可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。

北柏リハビリ総合病院
北柏ナーシングケアセンター

フリガナ
氏名

<検温>

	日付	体温	症状あれば記載
<入院3日前の体温>	/	℃	
<入院2日前の体温>	/	℃	
<入院1日前の体温>	/	℃	
<入院日起床時体温>	/	℃	

<入院 **1週間前から**における健康状態> ※該当するものに「○」をしてください。

チェック項目	どちらかに○
① 37.5℃を超える発熱はありませんでしたか？	あり・なし
② 咳（せき）、のどの痛み等の風邪症状はありませんでしたか？	あり・なし
③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）はありませんでしたか？	あり・なし
④ 臭覚や味覚の異常はありませんでしたか？	あり・なし
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状はありませんでしたか？	あり・なし
⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触はありませんでしたか？	あり・なし
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方、体調不良者はありませんでしたか？	あり・なし
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありませんでしたか？	あり・なし
⑨ その他、気になること（以下に自由記述）	

※入院までの1週間に上記内容に該当した場合は、すぐに当院までご連絡ください。

上記記載致しました内容にて相違ございません