

# 健康チェック表 入院用

病院内での感染予防のため、入院までの10日間の体温と症状の有無について書いてください。1度でも症状があった場合やご家族に発熱や感染症を疑う症状がある場合には入院するまえに病院に連絡してください。

連絡先 秋田循環器・脳脊髄センター外来あ 018-833-0115（月から金曜日の9時～17時）

\* 具体的な症状: せき、鼻水、痰、のどの痛み、下痢、おう吐など

2022年 月

お名前( )

## 記入例

日にち	体温	症状 あり○ なし×	具体的な症状	その他特記事項 (同居者症状あり、流行地域 への往来、接触歴等)
4月1日	36.4	あり	せき、鼻みず	一緒に暮らしている子が昨日から熱がある

入院前	日にち	体温(°C)	症状 あり○ なし×	具体的な症状 *	その他特記事項 (同居者症状あり、県外の 往来、接触歴等)
10日前	月 日	°C			
9	月 日				
8	月 日				
7	月 日				
6	月 日				
5	月 日				
4	月 日				
3	月 日				
2	月 日				
1	月 日				

感染症に関する事で、他に気になることがありましたらお書きください。