

# 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7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が感染症と診断されたり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当院に連絡して下さるようお願いいたします。また、**入院までの7日間にかかわらずそれ以前であっても、新型コロナウイルス感染症にかかった(症状がなくても検査で陽性となった場合も含む)場合は、速やかにお知らせくださるようお願いいたします。**

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

2023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 *せき、鼻水、のどの痛みなど	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

新型コロナウイルス感染症と診断された日にち (もしくは症状がなくても検査で陽性になった日にち)			2023年 月 日		
入院前	日にち	体温(°C)	症状 あり○ なし×	症状あり○の場合 具体的な症状*	その他特記事項 (同居者症状あり、海外県外の往来、陽性者との接触歴等)
7日前	月 日				
6	月 日				
5	月 日				
4	月 日				
3	月 日				
2	月 日				
1	月 日				

他に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。

--