

新型コロナウイルス感染症軽症者等の健康観察票(1枚目)

様式7

これは、宿泊療養中の健康観察のための調査票です。毎日の保健師・看護師による電話等での確認において注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに事務局に連絡して下さい。

管理番号：		部屋番号：			住所：			TEL： - -		Email： @		
患者氏名：		宿泊療養を開始した日： 年 月 日										
	宿泊療養開始日	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目	
	日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他												
朝・夕の確認☑ (確認手段(電話・面接等)を記載)	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	朝：□ () 夕：□ ()	
備考												
確認者												

宿泊施設名： _____ 担当者： _____ 所在地： _____ TEL： - - FAX： - -
 Email _____ @ _____