

健康管理 自己チェックシート (面会されるご家族の方用)

面会者氏名： _____

患者氏名： _____

* 面会希望日の14日前より、体温測定および症状確認を行って下さい。発熱や症状がある場合は面会をご遠慮いただきます。

月	体温	症状なし	症状がある場合は、該当項目に○印を記載して下さい。											その他 症状	
			咳	咽頭痛	鼻水	呼吸困難	頭痛	倦怠感	関節・ 筋肉痛	味覚障害	嗅覚障害	下痢	嘔気/嘔吐		
1日	℃														
2日	℃														
3日	℃														
4日	℃														
5日	℃														
6日	℃														
7日	℃														
8日	℃														
9日	℃														
10日	℃														
11日	℃														
12日	℃														
13日	℃														
14日	℃														
15日	℃														
16日	℃														
17日	℃														
18日	℃														
19日	℃														
20日	℃														
21日	℃														
22日	℃														
23日	℃														
24日	℃														
25日	℃														
26日	℃														
27日	℃														
28日	℃														
29日	℃														
30日	℃														
31日	℃														