

予定入院体調確認票

下記に記入の上、**入院日に必ず持参してください。**

記入対象者は同居のご家族全員、対象期間は入院前 7 日間です。

発熱や、何らかの症状がある場合、予定が中止になることがあります。

ご本人、ご家族が新型コロナウイルス感染症に罹患した時や濃厚接触者となった場合には、事前に担当科・担当医に連絡をしてください。

体調確認表

患者 ID: _____

患者氏名: _____

★ せき、鼻汁、咽頭痛、においを感じにくい、味がしにくい、下痢のいずれかの症状あり → ○、症状なし → ×

		月日	/	/	/	/	/	/	/
		患者	体 温						
同居者等	例) 父	体 温	36.5	37.8	38.5				
		症 状	×	○	○				
		体 温							
		症 状							
		体 温							
		症 状							
		体 温							
		症 状							
		体 温							
		症 状							

連絡先 千葉県こども病院 043-292-2111 (平日 9:00-17:00)

2022 年 10 月 千葉県こども病院 病院長