検査/入院日　　年　　月　　日

戸田中央総合病院　健康観察票

入院又は検査日まで記入をお願いいたします。尚、当観察票は入院又は検査日当日に必ずご持参ください。　（目的：　　）

患者ＩＤ：	患者氏名：	確認日：　　年　　月　　日（ 可・不可 ）	確認者氏名：

日　付		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	当　日
		/	/	/	/	/	/	/
体　温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
[表情・外見] ・顔色が明らかに悪い ・唇が紫色になっている ・いつもと違う、様子がおかしい		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[喀痰・咳嗽] ・咳やたんが、ひどくなっている		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[息苦しさ] ・息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ・急に息苦しくなった ・日常生活の中で少し動くと息があがる ・胸の痛みがある ・横になれない、座らないと息ができない ・肩で息をしている、ゼーゼーしている		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[全身倦怠感] ・起きているのがつらい		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[嘔気・嘔吐] ・嘔吐や吐き気が続いている		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[下痢] ・下痢が続いている（1日3回以上の下痢）		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
[意識障害] ・ぼんやりしている（反応が弱い） ・もうろうとしている（返事がない） ・脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れている感じがする		いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
その他	・食事が食べられない	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
	・半日で一度も尿がでない	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
	・鼻水、鼻づまり、のどの痛み、結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、けいれん、その他きになる症状がある	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い	いいえ は　い
		（症状）	（症状）	（症状）	（症状）	（症状）	（症状）	（症状）