検査/入院日　　年　　月　　日

戸田中央総合病院　健康観察票

（目的：　　）

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。

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	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
[感冒症状] ・鼻水、鼻づまり、喉の痛み ・関節痛	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] ・急に息苦しくなった ・胸の痛みがある	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
[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