

入院時チェック票（患者様用）

* 入院する日の朝、体温を測ってください

* このチェック票を記入し、入院時に他の書類と一緒に持参してください

入院日： 年 月 日 お名前： _____

次の症状はありませんか	
発熱（37.5 度以上）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
呼吸器症状 （せき、くしゃみ、鼻水、痰、のどの痛み）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合 （ ）
倦怠感（いつも以上に、からだがだるい）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
味覚異常（味がわかりづらい）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
嗅覚異常（においが、わかりづらい）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
腹部症状（腹痛、吐き気、嘔吐、下痢）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
皮膚症状（皮疹など）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
結膜症状（目の充血など）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
めまい、ふらつき	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
あなた、または同居家族が、1 週間以内に 海外訪問していませんか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合 国名： 滞在期間：
あなたが 1 週間以内に会った人の中に、 次の項目に当てはまる人はいませんでしたか	
発熱している人	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
新型コロナウイルスの検査をした人	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない