

予定入院患者さんの問診・健康観察票

※回答欄にはどちらかに○印をつけてください。 該当する場合は詳細をご記入下さい。

患者名（ ） ID（ ）

コロナワクチン接種歴： 無 ・ 有（ 回済、最後のワクチン接種日： 年 月）

新型コロナウイルスの罹患歴：無 ・ 有【罹患日（症状出現日）令和 年 月 日】

○患者さんご本人及び同居家族/入院付添人へ2週間以内の状況をお伺い致します。

		回答欄	
陽性者、濃厚接触者との接触歴	本人	ない	ある（ 月 日）
	同居人/付添人	ない	ある（ 月 日）
海外渡航歴	本人	ない	ある（ 月 日どこに ）
	同居人/付添人	ない	ある（ 月 日どこに ）

○患者さんご本人へ予定入院日を含めて1週間以内の症状についてお伺い致します。

				回答欄				
発熱（37.5度以上または平熱よりも1度以上の上昇）				ない	ある（月 日 ℃）			
	回答欄			回答欄			回答欄	
味覚障害	ない	ある	関節痛・筋肉痛	ない	ある	嘔気嘔吐	ない	ある
嗅覚障害	ない	ある	息切れ	ない	ある	下痢	ない	ある
咳	ない	ある	咽頭痛	ない	ある	目の充血	ない	ある
強いだるさ	ない	ある	鼻水	ない	ある	その他	ない	ある（ ）

○患者さんご本人へ1週間以内の周囲の状況についてお伺い致します。

	回答欄
周囲で風邪症状(熱・咳・鼻水・咽頭痛)が複数人いる	ない あるいはある（ 月 日 誰 ）

○予定入院日含め5日前より朝と夕の2回、決まった時間に体温を測定してください

日付		体温		体温	その他症状
/	朝		夜		
/	朝		夜		
/	朝		夜		
/	朝		夜		
/	朝		夜		【入院日】

※入院当日に、発熱、感冒症状(咽頭痛・鼻汁・咳など)、下痢、嘔吐、頭痛、関節痛、味覚や嗅覚異常などの症状が確認された場合は来院前にご連絡をしてください。

総合病院土浦協同病院 スキャン後破棄