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	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
・鼻水、鼻づまり、喉の痛み	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・関節痛	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・咳、たん	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・急に息苦しくなった	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・胸の痛み	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・起きているのがつらい	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・嘔吐、吐き気	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
・下痢（1日3回以上の下痢）	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし