

患者さまのお名前( )

外来予約日( 月 日 )

< 体調管理等確認表 >

◎受診日よりさかのぼって2週間の期間で健康観察をおねがいします。

◎受診日が2週間以内の場合は、受診までの期間で記入してください。

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	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
強い倦怠感	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
嗅覚の違和感	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
味覚の違和感	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
歩行時の息苦しさ	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
その他症状							
<外出先> 緊急事態宣 言、特定警戒 都道府県地域 への移動 3つの密(密 閉・密集・密 接)に該当する 場所、期間を 記載							

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 外来日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	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
強い倦怠感	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
嗅覚の違和感	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
味覚の違和感	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
歩行時の息苦しさ	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
その他症状							
<外出先> 緊急事態宣 言、特定警戒 都道府県地域 への移動 3つの密(密 閉・密集・密 接)に該当する 場所、期間を 記載							

※緊急事態宣言とは、政府・都道府県の発表に基づくもの。

受診日にご持参してください。ご協力ありがとうございました。独立行政法人国立病院機構岡山医療センター