

受診日 年 月 日  
お名前 ( )

### < 体調管理等確認表 >

◎ 受診日よりさかのぼって7日間分の健康観察をお願いいたします。また、下記の注意事項をご確認ください。

日 付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳・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
のどの痛み	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
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
頭痛	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
倦怠感 筋肉痛	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
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
その他症状							
<外出先 やご家族の 体調など気 になることが あれば記入 してください >							

この用紙にもれなく記入していただき、入院・外来検査・処置時には忘れずに持ってきてください。忘れたり、記入漏れがあると延期になることがあります。