当院で勤務や研修を開始する方の健康観察票

勤務や研修を開始する14日前から、ご自身で朝夕の検温を行い、注意深く健康状態をチェックして、以下のような症状がないかどうかを記載してください。

氏名：	職種：	現在の所属：	当院での部署：	勤務・研修の開始予定日：　　年　　月　　日
COVID-19感染症患者との接触歴：□なし　□あり（確定・疑い）				
【ありの場合】　最終接触日：　　年　　月　　日　　接触場所：□院内　□その他の職場　□家族・同郷者　□プライベート 具体的な状況： その後の対応：□特になし　□自宅で14日間待機　□その他（　　）				

		14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日
日　付		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
朝方体温		. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃
夕方体温		. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃	. ℃
呼吸器症状	咳 嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	鼻汁･鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他の症状	嘔気･嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	頭　痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	下　痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	味覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	その他															
備考																