体調管理シート

氏　名

* *病院*説明会までの1週間、毎日の検温測定をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 体温（朝） | 体温（夜） | かぜ症状※ | 下痢症状 | 解熱剤や鎮痛剤の服用 |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| / | 度 | 度 | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |
| 当日/ | 度 |  | あり　・　なし | あり　・　なし | あり　・　なし |

* 「かぜ症状」とは、発熱、咳・痰の症状、のどの痛み、鼻水、息苦しさ、だるさ、嗅覚・味覚の異常、関節痛を指します。
* 下記の情報について質問にお答えください。
* 同居者等に新型コロナウイルス感染者の罹患者がいますか。 （はい・いいえ）
* 同居者等に新型コロナウイルス濃厚接触者、PCR県検査結果待ちの人がいますか。 （はい・いいえ）
* 同居者に、「かぜ症状※」の人がいますか。 （はい・いいえ）
* 当日37.5度以上の発熱や体調の異常時は、病院見学会に参加できません。
* 当日上記に該当する症状がある場合、下記連絡先へお電話をお願いします。
* 本シートを当日ご持参下さい。

さいたま市民医療センター

看護部　☎048-626-0011