

## 体調チェックシート

- ・ 毎日記録のうえ、来院時に必ずご持参ください。お持ちでない場合や 10 日以上の記録がない場合はトリアージ対応となる場合がございます。この場合、院内トリアージ実施料をご負担いただきます。
- ・ 立ち会いや宿泊の方が来院時お持ちでない場合や 10 日以上の記録がない場合は立ち会いや宿泊を実施できません。
- ・ 新型コロナウイルスワクチン接種歴

なし・あり → 接種回数(            回うちオミクロン株対応            回)直近の接種日:            年            月            日

お名前: \_\_\_\_\_

| 月  | 体温 |   | 咳/咽頭痛/鼻水/鼻づまり<br>(花粉症・鼻炎・喘息等:有・無) | 頭痛/関節痛/倦怠感/悪寒/<br>吐き気/嘔吐/下痢 |
|----|----|---|-----------------------------------|-----------------------------|
|    | 朝  | 夕 |                                   |                             |
| 1  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 2  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 3  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 4  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 5  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 6  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 7  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 8  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 9  | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 10 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 11 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 12 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 13 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 14 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 15 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 16 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 17 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 18 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 19 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 20 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 21 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 22 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 23 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 24 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 25 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 26 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 27 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 28 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 29 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 30 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |
| 31 | ℃  | ℃ | なし・あり (            )              | なし・あり (            )        |

- ・ 症状は1日のなかでいずれかひとつでも当てはまれば「あり」に○をし、症状をご記入ください。
- ・ 発症（または検査日）から 10 日以内かつ症状軽快から 48 時間以内の場合、新型コロナウイルス感染者とのマスクなしでの接触がある場合には、来院前にクリニックにお電話ください。