健康観察シート

聖ヨハネ会　桜町病院　　電話：042-383-4111（代）

＊ 病院へいらっしゃるまでの期間、「健康観察」の記入をお願いします。

＊ 来院時には必ず、この用紙を持参してください。

＊ 入院時に同行される方も、体調不良等ある場合はご相談くださいますようお願いします。

お名前 ：

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
朝の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
夕の体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳															
息苦しさ															
鼻水															
のどの痛み															
痰															
下痢 ・ 嘔吐															
嗅覚障害															
味覚障害															
頭痛															
だるさ															
気づいたこと															