

(おもて)

青森県立中央病院 2021年11月29日改定
2022年3月6日改訂

健康観察票

1 今日の熱を記載して下さい

今日の熱	度	→37.5℃以上の場合は 入館できません
------	---	-------------------------

2 あなた周りに、今「新型コロナウイルス感染症の方」はいますか？

<input type="checkbox"/> はい	→入館できません	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	----------	------------------------------

3 今、下記の「症状」がありますか？

→症状がある場合は、面会・入館できません

・今、症状はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 熱がある	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> においがしない	
		<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	<input type="checkbox"/> 体がだるい	
		<input type="checkbox"/> 筋肉痛	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 頭が痛い	
		<input type="checkbox"/> 体の節々が痛い	<input type="checkbox"/> 下痢		
・いつから上記の症状が ありますか？	月 日 頃～ 備考（思い当たる出来事がありましたらご記載ください）				

4 「2週間以内」の行動を教えてください

→「はい」がある場合、訪問部署で面会・入館をお断りする場合がありますこと予めご了承ください。

・県内外への移動や旅行をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ
・接待を伴うまたはお酒を提供する飲食店を利用しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ
・同居の家族以外、県外から来た方と飲食をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ
・同居家族以外で、マスクをせずに1m以内で15分以上接した人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ
・3密状態のイベント、研修会、会議等へ参加しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ

5 ワクチン接種状況を教えてください

・新型コロナワクチンは接種しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回)	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------	---	------------------------------

裏面につづく→

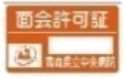

(うら)

6 下記の項目を記載して下さい

訪問年月日	年 月 日	フリガナ	
	午前・午後 時 分	あなたのお名前	
あなたの居住地	() 都・道・府・県 () 市・町・村		

7 以下、該当する番号の欄に記載して下さい

① 入院患者さんのご関係者 (ご家族やキーパーソン等)

①	訪問部署	病棟 階 東・西・南 病棟	訪問する患者さんのお名前	続柄
		外来 科		
	本日の訪問目的	 <input type="checkbox"/> 終末期・看取り <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 患者・家族指導 <input type="checkbox"/> 左記以外で医師の指示がある場合		
	 <input type="checkbox"/> 入退院当日 <input type="checkbox"/> 手術日、検査日等当日 <input type="checkbox"/> 病状説明等 (外来での説明も含む) <input type="checkbox"/> 私物の補充	※入館許可証で病室に入ることはできません		

② 入院患者さん以外にご用事がある方 (業者・外部施設の職員等)

②	アポイントメント	あり →アポイントメントがない場合は入館できません	企業名やあなたの所属機関名 (所在都道府県) () 都道府県	
	訪問部署		職種	
	本日の訪問目的	