

健康管理表

(面会者氏名)

(入居者氏名)

新型コロナウイルス感染予防のために以下のご記入をお願いいたします。

1. 新型コロナワクチン接種状況 有 (直近の接種 R 年 月) ・無
2. 面会日の7日前から毎日検温を行い体温をご記入いただくようお願いします。

日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	°C						

※ 当日までに37.5°C以上の発熱がある場合は、お知らせください。

3. 当日ご記入ください。 面会日：令和 年 月 日

本日の体温	度 分
-------	-----

以下の質問について症状等の有無をご記入ください。

質問事項	有	無
1. 咳はありますか		
2. 息切れはありますか		
3. 鼻水・鼻詰まりはありますか		
4. のどの痛みはありますか		
5. においや味の異常はありますか		
6. 全身のだるさはありますか		
7. 頭痛はありますか		
8. 吐き気・嘔吐はありますか		
9. 関節痛・筋肉痛はありますか		
10. 2週間以内に37.5°C以上の発熱がありましたか		
11. 2週間以内に同居家族に37.5°C以上の発熱がありますか		

- 上記1～11の症状がある場合は事前にご連絡をお願いいたします。
- 面会前1週間以内に上記症状が見られた場合は面会日を延期させていただきます。
- 面会受付時にご提出ください。
- 面会予定者様全員の書類提出をお願い致します。
- コピーして使用してください。

特別養護老人ホーム小平グリーンてらす

TEL 042-312-3163