

# 体温測定と体調確認のお願い

「入院される患者さん・ご家族の方へ」

患者さんが新型コロナウイルスに感染している状態で治療や検査を受けた場合に、治療や検査の負担が重なり病状が悪化する可能性があります。

入院日までは患者さん、ご家族の方にも以下のことをお願いします。

## <入院前>

1. 入院前 7 日は不要不急の外出は避けてください

（密接に人が集まる場所、狭い場所での会合、カラオケ、パチンコなどの遊戯施設、音楽会、イベント会場、飲食店、など）

2. 手洗いをこまめに行い、外出する際はマスクの着用をお願いします
3. 患者さん、付き添って来院される方も、入院当日までの期間は毎日 体温測定、体調確認をしてください
4. 「**体調確認票**」に記載している症状や発熱がある場合は、事前に受診している外来電話でご相談ください  
医師の指示により入院が延期になる場合がありますので、予めご了承願います

※ 同居のご家族や身近な方で、新型コロナウイルス感染症が分かった場合は必ず当院にご連絡をお願いします。

## <入院当日>

1. 「**体調確認票**」を記入してご持参ください。
2. 来院時には体温測定・体調確認があります。

【お問い合わせ先】 宝塚市立病院：TEL 0797-87-1161（代表）

平日 8：30～17：00 各科外来

17：00～8：30 救急外来 お願いします。

## 体調確認票

入院日： 年 月 日

入院される方のお名前：

	本人	付添者 <input type="checkbox"/> 同居している 患者との関係( )	付添者
今日の体温	℃	℃	℃

### 入院から7日前までの体調を教えてください

37.5℃以上または 平熱より1℃以上高い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
せき・痰・息苦しさ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
のどの痛み・違和感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
倦怠感（だるさ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
上記の症状があり、解熱 鎮痛薬や感冒薬を飲ん だ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつから：	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつから：	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつから：
同居者の方に上記の症 状がある	/	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつから：
同居者や身近な方に新 型コロナ感染症がいる	/	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

以下もお答え下さい

●1か月以内に新型コロナウイルス感染症にかかったことがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
●7日以内に会食や出かける機会あった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
●新型コロナワクチン接種 回目（最終接種日： 年 月 日）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし