健康アンケート

お名前【　　】　診察券番号【　　】　受診日【　　】

受診日に該当する箇所に、☑をつけて下さい

①37.5°C以上の発熱	□ある	□ない
②咳	□ある	□ない
③のどの痛み	□ある	□ない
④鼻水	□ある	□ない
⑤だるさ	□ある	□ない
⑥味覚の異常	□ある	□ない
⑦嗅覚の異常	□ある	□ない
⑧2週間以内に、同居する家族以外と食事をした	□ある	□ない
⑨2週間以内に、ライブや観劇等、不特定多数が集まる場に行った	□ある	□ない
⑩2週間以内に、新型コロナウイルス感染が疑われる方と接触した	□ある	□ない
⑪2週間以内に、海外渡航をした	□ある	□ない

☆本日から2週間以内に、妊婦さん本人に上記症状が	□ある	□ない
☆本日から2週間以内に、同居する家族に上記症状が	□ある	□ない

↓☑ある場合には、以下に詳しく記載してください。

(　　)

健康観察表

次回の受診日まで、毎日のセルフチェックをお願いします。

日にち、体温を記入し、該当する症状に〇、該当しない場合には×を記入してください。

日にち	体温	血圧 該当者のみ	咳	喉の痛み	鼻水	だるさ	味覚嗅覚の異常	その他 家族の症状等
例）1/1	36.5°C	110/60	×	×	×	×	×	第一子発熱〇〇°C
	°C							
	°C							
	°C							
	°C							
	°C							
	°C							
	°C							

成城マタニティクリニック

2021年1月作成

日にち	体温	血圧 該当者のみ	咳	喉の痛み	鼻水	だるさ	味覚嗅覚 の異常	その他 家族の症状等
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							
	℃							

成城マタニティクリニック

2021年1月作成