

あいち小児保健医療総合センター 「体調管理シート」

名前 () 生年月日 () 患者ID ()

手術を受ける診療科 (科)

	14 日前	13 日前	12 日前	11 日前	10 日前	9 日前	8 日前	7 日前	6 日前	5 日前	4 日前	3 日前	2 日前	1 日前	入院 当日
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温 (度)※															
症状**															
症状 詳細															

※体温は1日1回決まった時間に測定してください。

**症状：普段認めず今回の治療に関係ない 咳、鼻水、鼻閉、咽頭痛、匂い・味の変化、発疹、下痢、嘔吐、腹痛、頭痛などを指します

この期間、同居家族または濃厚接触した人に何か症状がありましたか？ はい・いいえ

具体的に () が いつ () 症状 ()

この期間、同居家族でタバコを吸っていた人はいますか？ はい・いいえ

具体的に () が いつまで ()

安全な手術・麻酔を行うため、各項目は正確にご記載ください