

筑波大学附属病院 健康観察記録および行動履歴票

当院は県内唯一の特定機能病院、高度救命救急病院としての機能を維持するために、医療従事者全員が厳重な感染拡大防止対策を行いながら診療等に当たっております。入院患者さんの多くは、感染による重症化リスクが極めて高い患者さんです。また、院内クラスターが発生してしまうと、多くの医療従事者が隔離されてしまうことで病院の機能が著しく低下し、社会的にも大きな影響を与えてしまいます。

本票への記載にご協力いただき、少しでも体調不良などがある場合には、来院を自粛くださいますようお願いのほどお願いいたします。

所属施設※

※自身が所属する学校・勤務先など

氏名:

訪問場所（部署名・診療科名等）:

訪問目的（見学のため等）:

①【新型コロナウイルスワクチン接種状況】

接種回数： 回

②【新型コロナウイルス感染歴】

この1か月以内に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

あります（隔離を解除した日： / / ） ・ ありません

③【身体症状】 直近より7日間について記載してください

NO→✓、YES→○を口内に記入

	当日	前日	2日前	3日前	4日前	5日前	6日前
0. 体温（毎起床時が基本。その他、最高体温）	/	/	/	/	/	/	/
1. 発熱（おおむね37.0℃以上）	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
1. 発熱（おおむね37.0℃以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. せき、または、息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 腹痛、または、下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 咽頭痛、または、鼻水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. その他 体調不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

備考. ○がついたものについて記載してください。

④【行動履歴】 YES、NO 該当する方に ○ を付けてください。

1. 過去1週間に陽性者との接触はありましたか？ YES NO2. 過去1週間に、3密状態、マスクを外したイベントや宴会等、感染対策が取られていないところへの出入りはありましたか？ YES NO

備考 「1.」、「2.」について「はい」と答えた方は、下記に詳しく記載してください。
(例 同居者に濃厚接触者がいる。職場の同じ部署で陽性者がいた。子どもの学校が学級閉鎖があった、など)
そのほか気になることがあれば記載をしてください。

西暦 年 月 日

確認者所属

確認者サイン