

東葛病院 短期入院前 健康チェック表 2020.6.8

短期入院日 月 日 氏名：		
担当ケアマネージャー様	事業所名	氏名

	ご本人の熱	ご本人の症状 症状があれば○してください	ご家族（同居） の熱	ご家族の症状 症状があれば○してください
例	36.6度	咳・ 呼吸症状 ・強い倦怠感	36.9度	咳 ・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 7日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 6日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 5日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 4日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 3日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 2日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感
月 日 1日前		咳・呼吸症状・強い倦怠感		咳・呼吸症状・強い倦怠感

※ 担当のケアマネージャー様から、下記番号へFAXか電話での報告をお願いします。

東葛病院患者サポートセンター入退院支援課 FAX 04-7128-7194 TEL04-7157-0530

※ FAX送信後の

ご本人の熱・咳、ご家族の熱・咳の変化時は、ケアマネージャーから上記番号へご連絡ください。