

板橋ロイヤルケアセンター 施設長殿

年 月 日

本日の訪問にあたり、新型コロナウイルス感染症等の感染防止対策として、
自己の健康管理を実施しております。以下に健康状態をお示し致します。

3日前 (体温)	2日前 (体温)	前日 (体温)	当日 (体温)
一週間前から本日までの症状・状況について (症状あり:☑、その他コメント欄に記載)			
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 咳嗽	直近のコロナワクチン接種状況(任意) (回目 年 月)
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 倦怠感	
<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害	
<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 海外渡航歴		

上記の症状及び渡航歴はいずれもありません

氏名	利用者様との続柄	連絡先
----	----------	-----

訪問日時・受付時間	令和 年 月 日 時 分～	
入所フロア	階	氏名

【事務室 確認欄】

体 温	℃	不織布マスク着用	有・無	受付時対応者
-----	---	----------	-----	--------

板橋ロイヤルケアセンター 施設長殿

年 月 日

本日の訪問にあたり、新型コロナウイルス感染症等の感染防止対策として、
自己の健康管理を実施しております。以下に健康状態をお示し致します。

3日前 (体温)	2日前 (体温)	前日 (体温)	当日 (体温)
一週間前から本日までの症状・状況について (症状あり:☑、その他コメント欄に記載)			
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 咳嗽	直近のコロナワクチン接種状況(任意) (回目 年 月)
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 倦怠感	
<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 味覚障害	
<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 海外渡航歴		

上記の症状及び渡航歴はいずれもありません

氏名	利用者様との続柄	連絡先
----	----------	-----

訪問日時・受付時間	令和 年 月 日 時 分～	
入所フロア	階	氏名

【事務室 確認欄】

体 温	℃	不織布マスク着用	有・無	受付時対応者
-----	---	----------	-----	--------

