検温・体調管理チェックシート　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎毎日検温と体調管理チェックを実施し、受診のときは毎回この用紙をお持ちください。※初めて当院を受診される方は、受診日の１０日前より記入をお願いします。

◎このような場合は受診前に必ず電話でお知らせください。

・患者さんご自身やご家族に発熱もしくは感染症の症状（咳　のどの痛み　鼻汁　嘔吐　下痢　関節痛　倦怠感など）がある場合
・患者さんご自身やご家族がコロナウィルスやインフルエンザなどの感染症にかかった場合

◎院内では必ずマスクを着用してください。

岡山中央病院産婦人科バースセンター

月日	体温	症状や感染リスクの有無
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）

月日	体温	症状や感染リスクの有無
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）

月日	体温	症状や感染リスクの有無
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）

月日	体温	症状や感染リスクの有無
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）
/	℃	□無 □有（　　）