

氏名

様

☆毎日健康チェックの記入をお願いします。体調が悪い時はお電話でご連絡ください。 TEL049-281-2637

妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
妊娠週数	日付	/	/	/	/	/	/	/
週	体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

☆自覚症状:有の場合は該当番号①～⑤を記入してください。入院時にこの健康チェック表をお預かりします。

- ①咳・咽頭痛などの呼吸器症状、②全身倦怠感、③息苦しさ、④嗅覚・味覚異常、⑤その他

☆記入欄がなくなりましたら、スタッフまでお声掛けください。追加の用紙をお渡します。