

新型コロナウイルス感染症（C o v i d -19）訪問時間診票

記載日 _____

利用者氏名 _____

主治医名 _____

CM名 _____

訪問看護ステーション名 _____

		受診までの症状		現在の症状	
症 状	発熱	℃	月	日頃から	℃
	咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	嘔気／嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	味覚・臭覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	結膜炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	蕁麻疹	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	水分がとれない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	月	日頃から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他症状				
<p>その他</p> <p><input type="checkbox"/>この2週間で家族内に発熱、咳、息切れ、味覚臭覚の異常を認めた方がいる</p> <p><input type="checkbox"/>この2週間で人の多いところに外出した家族がいる</p> <p><input type="checkbox"/>スタッフとの接触時マスクをしていなかった</p>					
備考					