

# 検温表



「里帰り分娩」をご希望される妊婦様や、県外より来られた患者様について、体調を把握するものです。

※県外より栃木県内のご実家等に戻られてから来院迄の7日間の検温その他についてご記入下さい

患者様氏名： \_\_\_\_\_

日時		検温時間	体温	咳	倦怠感	咽頭痛	味覚・臭覚 の異常	その他 体調の異常について
7日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前	月 日	am・pm 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	