

## 5日間体調チェック表

### 短期入所 利用者様用

※感染症対策のため、以下の質問にご記入頂き、ショートステイ当日持参してください。

利用者様名 ( )

1. ショートステイ利用前5日間のご本人・ご家族の体調、他施設利用についてご記入ください。

入所日 年 月 日

月日	□/△	/	/	/	/	/	入所当日
体温	【記入例】 37.0℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳・鼻水 下痢・おう吐 <small>(症状がある場合のみ記入)</small>	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕
他施設の利用 (施設・事業所名) ※なければ記入不要	生活介護○○ 訪問看護○○						
同居家族の 風邪症状	あり・なし 症状 〔 熱37.0 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕

	サイズ	最終交換日
カニューレ		
胃瘻		

最終発作 ( 月 日 時頃 )

最終排尿 ( 時頃 )

最終排便日 ( 月 日 時頃 ) 自然排便 ・ 浣腸 での排便

平熱 ( ℃ ) こもり熱 ある・ない こもり熱の場合 ( ℃ ) まで上がる

特記事項欄・・・※体調変化やケア内容の変更等があればご記入下さい

\*\*\* 入所前の状況に合わせて、個室での対応など検討させていただきます。ご協力ありがとうございました。\*\*\*

**連絡先:医療福祉センターきすな (電話:0790-44-2881)**

