

確認(病院用)

## 検温表(那須赤十字病院)

この検温表は、来館目的が予定通り実施できるかどうか判断するために使用されます。  
可能な限り正確に記入してください。この目的以外に使用することはありません。

氏名： \_\_\_\_\_

日 時	検温した時間	体温	咳の有無	倦怠感の有無	咽頭痛の有無	味覚・嗅覚障害の有無	その他 体調で気になること
14日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
13日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
12日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
11日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
10日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
9日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
8日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
7日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
6日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
5日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
4日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
3日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
2日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
1日前 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	
当日 月 日	午前・午後 時 分	. °C	有・無	有・無	有・無	有・無	

訪問依頼部署へ提出