

資料 E

来院 7 日前から、毎日検温を行い、症状の有無に○をつけてください。この記録用紙は、来院当日必ずお持ちください。

検温表

お子さまの名前

月/日	/	/	/	/	/	/	/	来院時
測定時間								
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
鼻水	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
下痢	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
その他								

日本赤十字社医療センター附属乳児院

確認者