

<外来・リハビリテーション受診 健康チェック表> 年 月 日 (:)

<p>1. 来院用途・担当者名</p> <p>車中待機 可 ・ 不可 電話番号： 車の外観： 車体ナンバー： ※混雑時等に必要時記載</p>	<p>該当に○をつけ、必要箇所をご記入ください。</p> <p>1) 診察 整形・小児・児童精神・その他 ()</p> <p>2) リハ等 PT / OT / ST / 心理 / 福祉 / 看護相談 ※1) 2) の場合 担当医・担当者名 予約時間 (:)</p> <p>3) 窓口 器材処方受け取り・病棟面会 (お渡し)・短期入所</p>
<p>2. 利用者様氏名</p> <p>3. 付き添い者の状況 (原則1名) 1名以上付き添う理由 ①介助や医療的ケアが必要 ②同胞の世話が頼めなかった ③説明等を一緒に聞きたい ④その他 ()</p>	<p>利用者氏名： _____</p> <p>付き添い者： 名</p> <p>続柄： 母・父・きょうだい・祖父母・ヘルパー ・看護師 その他 (職種：)</p> <p>複数人付き添う理由 (番号：)</p> <p>※付き添いは特別な理由がない限り原則1名、多くとも2名までとさせていただきます。</p>

体調確認欄

<p>1. 計測：体温 ※本館入口で検温行います。 平熱のみご記入下さい。</p>	<p>ご本人： _____ °C (平熱 _____ °C 必要時記載)</p> <p>付き添い者： _____ °C ※複数の付き添いは空欄に体温記載</p>
<p>2. 体調に関する問診 (問診1) 2週間前～本日の体調 下記症状がある場合は、番号申告下さい ① 感冒症状 (咳、鼻汁等) ②息苦しき ③倦怠感 (だるさ) ④味覚・臭覚異常 ⑤腹部症状 (吐気、嘔吐、下痢便) ⑥発疹 ⑦その他 (頭痛・筋肉痛等)</p>	<p>⇒ご本人 体調不良なし 症状あるがいつもと変わりなし (番号：) 体調不良あり (番号：)</p> <p>⇒付き添い者 付き添者全身体調不良なし 症状あるがいつもと同じ (番号： 続柄：) 体調不良あり (番号： 続柄)</p>
<p>(問診2) 2週間前からの生活状況 ⑧2週間以内に海外への渡航歴及び、3密空間と 言われる場所に行きましたか ⑨新型コロナウイルス感染者、その他感染疑い の方と接触がある (リスクがある)。 ⑩お住まいの地域周辺での流行はありますか？</p>	<p>⇒ご本人 該当なし あり (番号)</p> <p>⇒付き添い者 全員該当なし あり (番号 続柄)</p>

◎本日の診察・リハビリ (可・不可) リハ科 医師： _____ サイン
体調確認者： _____