症状チェックシート

氏名：　　入院中の医療機関名：

日付		転院7日前	転院6日前	転院5日前	転院4日前	転院3日前	転院2日前	転院1日前	転院日
		年　月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
①	体温（℃）　朝								
	体温（℃）　夕								
②	SpO2								
③	咳	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
④	喉の痛み	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
⑤	鼻水・鼻づまり	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
⑥	痰	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
⑦	下痢	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
⑧	体のだるさ	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無	有　・　無
⑨	その他症状がある場合にはご記入ください								

千葉県回復期リハビリテーション連携の会　症状チェックシート　ご記入のお願い

1）本症状チェックシートは千葉県回復期リハビリテーション連携の会　会員施設よりご記入をお願いしているシートです。
2）回復期リハビリテーション病棟転院1週間前よりご記入をお願い申し上げます。
3）体温は1日2回の測定をお願い申し上げます。
4）③～⑧まで、有・無のどちらかに、チェックをお願い申し上げます。
5）⑨はアレルギー等の慢性症状は含みません。