なないろもあバースクリニック　新型コロナウイルス感染症についての体調管理チェックシート

母氏名：

子氏名：　　（　　ヶ月）　　連絡先（電話or携帯電話）：

本チェックシートは、新型コロナウイルス感染症対応のため、産後ケアご利用の皆様の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートにご記入の個人情報につきましては、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、利用可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除きご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、院内にて感染患者またはその疑いのある方が発見された場合に必要な範囲で保健所に提供することがあります。

□個人情報の取得・利用・提供に同意する。（□にチェックを入れて下さい）

※産後ケア利用日の約1週間前から記入してください。利用当日提出していただきますので忘れずお持ち下さい。利用日までの日数が少ない方はできる範囲でご記入下さい。

※該当しない場合は✔を入れ、該当する場合は〇を記入してください。（体温は0.1℃単位で数字を記入）

	No	チェックリスト　/　　日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
母	1	のどの痛みがある														
	2	咳が出る														
	3	痰が出たり、絡んだりする														
	4	鼻水、鼻づまりがある　※アレルギーを除く														
	5	頭が痛い														
	6	体のだるさなどがある														
	7	発熱の症状がある														
	8	息苦しさがある														
	9	匂い・味がしない														
	10	下痢・嘔吐														
	11	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	12	薬剤の服用（上記1～10等にまつわる症状緩和の薬剤）														
児	1	咳が出る														
	2	鼻水、鼻づまりがある　※アレルギーを除く														
	3	だるそうにしている														
	4	発熱の症状がある														
	5	息苦しそう　呼吸が荒い														
	6	下痢・嘔吐														
	7	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	8	薬の服用　/小児科医での診察の有・無														