

【健康観察表】

氏名（ ）

ご利用日までの1週間毎日健康観察をしていただき、症状があれば○、なければ×を記入してください。この健康観察表はご利用日にお持ちいただき、病棟にてスタッフにお渡しください。

★ご利用日の前日、当日に発熱や下記の症状があった場合はベビー室まで
必ずご連絡をお願いします。

日時	体温	せき 咳	息苦しさ	のど 喉の痛み	鼻汁	頭痛	下痢
(例) 4 / 1	36.5℃	×	×	×	○	×	×
/							
/							
/							
/							
/							
/							
ご利用日 (/)							

ご利用日から10日以内の新型コロナ感染歴 無・有（発症日：令和 年 月 日）
※「有」の場合は必ずご連絡をお願い致します。

[連絡先] 市立吹田市民病院 ベビー室
Tel : 06-6387-3311 (代表)