

# 5日間体調チェック表

利用者様氏名 ( )

短期入所利用者様用

※感染症対策のため、以下の質問にご記入いただき、当日持参してください。

ショートステイ利用前5日間のご本人・ご家族の体調、他施設利用についてご記入ください。

入所日 年 月 日

月 日	/	/	/	/	/	/	入所日当日
体温	【記入例】	°C	°C	°C	°C	°C	°C
咳・鼻水 下痢・おう吐 (症状ある場合のみ記入)	咳 鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 ( )
他施設の利用 (施設・事業所名) ※なければ記入不要	生活介護〇〇 短期入所〇〇						
同居家族の 風邪症状	あり・なし 症状 ( 熱37.2 )	あり・なし 症状 ( )	あり・なし 症状 ( )	あり・なし 症状 ( )	あり・なし 症状 ( )	あり・なし 症状 ( )	あり・なし 症状 ( )

カニューレ	サイズ	最終交換日	最終発作 ( 月 日 時頃)
胃婁			最終排便 ( 月 日 時頃) 自然排便 ・ 浣腸 での排便
身長 ( cm) ・ 体重 ( kg) ( / 現在)			最終月経 ( 月 日 ~ 月 日)
			平熱 ( °C) こもり熱 ある・ない こもり熱の場合 ( °C) まで上がる
			直近の入院 あり ・ なし (理由: )

【特記事項】 ※体調変化やケア内容の変更、直近の通院状況や最近のご様子などをご記入ください。

※入所前の状況に合わせて、個室での対応など検討させていただきます。ご協力ありがとうございました。