

【35週～健康チェックシート】

立ち会い分娩・分娩直後面会・面会ご希望の方は、毎日体温と症状の有無をご記入ください。

立ち会い・面会時には必ずこの用紙をご持参ください。用紙を忘れた場合は立ち会い・面会はできません。

患者様氏名 () 立ち会い・面会者氏名 ()

日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
日付	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

【立ち会い時・面会時の問診票】

こちらは立ち会い・面会当日にご記入ください。

※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄
① 咳・のどの痛み・鼻水などの風邪症状がない	
② 臭覚や味覚の異常がない	
③ 胃腸症状（吐き気・嘔吐・下痢）がない	
④ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触がない	
⑤ 同居家族や身近な知人に感染（コロナ・インフルエンザ等）が疑われる方がいない	