

健康チェックシート

妊婦氏名() 立ち会い者氏名() /続柄 : ()

立ち会い者の新型コロナワクチン 接種回数(回) 最終接種日(年 月 日)

立ち会い者のコロナ罹患歴(有 無) 最終罹患日(年 月 日)

	日付	体温	咳嗽	倦怠感	咽頭痛	頭痛	息苦しさ	味覚・嗅覚 障害	下痢	嘔気・嘔吐	その他の症状
1			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
2			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
7			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
8			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
9			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
10			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
11			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
12			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
13			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
14			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

※妊娠35週になったら分娩に立ち会う方は、体温測定と上記の症状の有無を確認し記入をお願いします。

※来院時は、必ずこの用紙をご持参ください。