

チェック表

日時	月	日	時	分
氏名				
訪問日の体温	℃			
訪問前日の体温	℃			
該当する欄に○をつけてください。				
前日前の体温37.5℃があった場合				
解熱後24時間経過しているか？	いる	いない		
前日及び当日に				
息苦しさ(呼吸困難)は？	ある	なし		
強いだるさ(倦怠感)は？	ある	なし		
味覚・嗅覚に異常は？	ある	なし		
その他風邪症状は？	ある	なし		
訪問先				
特別養護老人ホーム				
ショートステイ				
デイサービス				
ヘルパー				
居宅介護支援事業所				
グループホーム				

ご協力ありがとうございました