

# 検温表

診察券番号

氏名

分娩予定日

【コロナPCR】実施日：

結果：

| 日付 | 妊娠週数 | 本人 |    | 夫  |    | 子: |    | 子: |    | 子: |    |
|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|    |      | 体温 | 症状 | 体温 | 症状 | 体温 | 症状 | 体温 | 症状 | 体温 | 症状 |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

- 同居のご家族全員の検温をお願いいたします。項目が足りない場合は追加でお渡し致します。
- 37.5℃以上は赤でご記入下さい
- 風邪症状、味覚・嗅覚異常が有る場合、【症状】欄にご記入下さい。
- 入院時に必ずお持ち下さい。**
- お持ち頂けない場合や未記入がある場合は、分娩に立ち会うことが出来ません。