

## 体温管理表

フリガナ	
氏名：	様
来院予定日 月 日 ( )	診察券番号：

初めてコンタクトレンズを処方される方、または初めてオルソケラトロジー治療を希望する方は、  
**来院日の1週間前から1日2回（朝／夜）体温を測定し、下記枠内の①～④に当てはまる場合はチェック✓をお願いいたします。**  
**来院1ヶ月以内にご本人及び同居のご家族に発熱または下記症状がみられた場合は2週間用の体温管理表をご使用下さい。** 院内感染予防にご理解とご協力をお願いいたします。

	平熱： °C					
来院1週間前 ↓	朝	夜	①だるさ	②息苦しさ	③咳	④匂い・味が分からない
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日 ( )	°C	°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

体温管理表は記入後、来院当日にご持参ください