

PHIẾU THEO DÕI SỨC KHOẺ

ID :
Họ tên :

Khi có bất kì triệu chứng nào ghi dưới đây, hãy đánh dấu vào ô 「Có」ở mục tương ứng.

Nếu người sống cùng nhà có triệu chứng nhiễm bệnh, hoặc có khả năng bạn đã tiếp xúc với người nhiễm bệnh thì hãy đánh dấu vào ô bên dưới.

Hãy đem theo tờ giấy này đến bệnh viện vào ngày khám bệnh/nhập viện.

Trường hợp các triệu chứng kéo dài, hoặc có khả năng bạn đã tiếp xúc với người nhiễm bệnh, hãy liên hệ với bác sĩ phụ trách điều trị cho bạn.

Số điện thoại liên lạc Bệnh viện [] Byouin :

Ngày tháng	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Thân nhiệt buổi sáng	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Thân nhiệt buổi tối	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Đau họng, ho, sổ mũi,..	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Cảm giác mệt mỏi, uể oải	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Không biết mùi, vị	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Có vấn đề về tiêu hoá như tiêu chảy,..	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Người sống cùng nhà có các triệu chứng trên	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Có thể đã từng tiếp xúc với người nhiễm bệnh	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có
Nếu còn điều gì lo lắng, xin hãy viết ra															