

DATUM:

Ifylles dagligen av omvårdnadspersonal på avdelningen

Avdelning

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

DATUM:

Ifylles dagligen av omvårdnadspersonal på avdelningen

Avdelning

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>

Pat. Namn:	
Pers. nr:	
Feber	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>
Värk i muskler o leder	<input type="checkbox"/>
Halsont	<input type="checkbox"/>
Illamående	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>
Annat nytillkommet	<input type="checkbox"/>
