

健康チェック表

児氏名		記入日	令和 年 月 日
同伴者氏名 (児との関係)	(複数名いる場合は全員の聞き取りをしてください。)		
生年月日	H・R 年 月 日	電話番号	

No.	質問事項	児		同伴者 <small>(全員の聞き取りをしてください)</small>	
1	平熱は何度ですか。	°C		°C	
2	受診日当日の朝の体温は何度ですか。	°C		°C	
3	風邪症状(咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐、味覚障害、嗅覚障害など)はありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
4	(3の質問で「はい」の場合) 上記のどのような症状がありますか。	(記載欄)		(記載欄)	
5	現在、内服はしていますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
6	(5の質問で「はい」の場合) どのような薬を飲んでいますか。	(記載欄)		(記載欄)	
7	2週間以内に発熱がありましたか。	はい	いいえ	はい	いいえ
8	2週間以内に、渡航歴がありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
9	2週間以内に、渡航歴がある方と家庭や職場内等で接触歴がありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
10	2週間以内に、県外への往来がありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
11	2週間以内に、新型コロナウイルスの感染者やその疑いがある方(同居者・職場内での発熱含む)との接触歴がありましたか。	はい	いいえ	はい	いいえ
12	新型コロナウイルスの感染者に濃厚接触の可能性はありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ
13	新型コロナウイルス感染症の検査を受けられた方は身近にいますか。	はい	いいえ	はい	いいえ

※職員記入欄

利用可否	可 ・ 不可	確認日時	令和 年 月 日 時 分
(不可の場合) 理由	質問項目 (番) 該当		
		確認者	