

健康状態チェックシート(当日持参) 健診日 R 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
保護者 氏名		お子様 の お名前	
接触履歴	*現在、新型コロナウイルス感染症患者との濃厚接触者として待機中または、 <u>2週間以内</u> に感染症の疑いのある方(同居者・職場内等)との接触歴がある。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *過去2週間以内に、家族以外の5名以上の大人数での会食をしましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)		
滞在履歴	*過去2週間以内に、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置区域に指定された都道府県に出かけましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (都道府県名)		

保護者の方のご体調をおたずねします

*2週間以内に以下の風邪症状や**37.5℃(平熱以上)**の発熱があった。 なし あり

*現在のご体調をお伺いします。

- ①体温 ()℃ (月 日 時測定)
- ②咳・鼻水 なし あり ()
- ③のどの痛み なし あり ()
- ④倦怠感 なし あり ()
- ⑤息苦しさ なし あり ()
- ⑥味覚・嗅覚異常 なし あり ()
- ⑦その他不調(頭痛, 嘔吐・嘔気, 下痢, 関節・筋肉痛, 目の充血) なし あり()

お子様のご体調をおたずねします。

*2週間以内に以下の風邪症状や**37.5℃(平熱以上)**の発熱があった。 なし あり

*現在のご体調をお伺いします。

- ①体温 ()℃ (月 日 時測定)
- ②咳・鼻水 なし あり ()
- ③のどの痛み なし あり ()
- ④倦怠感(元気がない) なし あり ()
- ⑤呼吸が早い なし あり ()
- ⑥食欲がない(食事や水分量減) なし あり ()
- ⑦その他不調(頭痛, 嘔吐・嘔気, 下痢, 関節・筋肉痛, 目の充血) なし あり()

同居する家族に発熱・咳などの症状はありますか。 なし あり

★上記において『あり』の項目にチェックがある場合は、当日の健診は受けられませんので別日にご予約ください。受診に当たって不安のある方は事前にご相談ください。

確認スタッフ ()