

# 健康チェック票

## (担当のお子様、利用者様の見学)

本日の健康状態についてお聞きします。以下にご記入いただき、担当者にご提出ください。(下記の結果、健康状況に問題のある場合には本日の活動をお断りすることがあります。ご了承ください)

島田療育センターはちおうじ 所長・感染対策委員会

1. 3週間以内にご本人もしくは周囲(家族や学校、職場内など)の方で以下の病気にかかっていた方はいますか? かかっていた病気に○をつけてください。

はしか ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)  
風疹 ・ 帯状疱疹

2. 1週間以内にご本人もしくは周囲(家族や学校、職場内など)の方で以下の病気にかかっていた方はいますか? かかっていた病気に○をつけてください。

百日咳 ・ インフルエンザ ・ 流行性角結膜炎 ・ 溶連菌 ・ マイコプラズマ肺炎  
感染性胃腸炎:嘔吐、下痢(ロタウイルス、ノロウイルス等)  
手指、腕の感染症(とびひや膿など)、海外で流行中の感染症  
その他の感染症( )

3. 本日の健康状態についてお答えください。

- ① 37度以上の熱はありますか? \_\_\_\_\_℃ ( はい ・ いいえ )  
② 咳、喉の痛みはありますか? ( はい ・ いいえ )  
③ 全身の倦怠感、腰痛、頭痛はありますか? ( はい ・ いいえ )  
④ 咳が2週間以上続いていますか? ( はい ・ いいえ )  
⑤ 微熱を含めて熱が続いていますか? ( はい ・ いいえ )  
⑥ 寝汗をかく、食欲がない、体重が減るなどの症状はありますか? ( はい ・ いいえ )  
⑦ 痰に血が混じる、吐き気、嘔吐、下痢の症状はありますか? ( はい ・ いいえ )  
⑧ 腕、手、指を怪我していますか? ( はい ・ いいえ )  
⑨ 身体に発疹はありますか(特に最近2週間以内にできたもの)? ( はい ・ いいえ )  
⑩ 眼が赤い、眼に異物感があるなどの眼の症状はありますか? ( はい ・ いいえ )  
⑪ 耳下腺の腫れ(耳の周囲)はありますか? ( はい ・ いいえ )  
⑫ 1カ月以内に海外旅行をしましたか?\* ( はい ・ いいえ )

\*海外旅行については、流行地域が認定された流行性疾患に関しては、帰国後2週間を経過してから活動をお願い致します。但し、疾病により設定された潜伏期間により期間を変更します。(潜伏期間以内の活動は、お断りいたします)

見学されるお子様の名前

※本日は、PT・OT・ST・心理・その他 の、( )様、  
または( )グループの、見学 です。(○をつけてください)

提出日: 年 月 日

ご所属名: \_\_\_\_\_

見学者名: \_\_\_\_\_

確認スタッフ名