

# 健康チェック票

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。

(健康状況に問題のある場合には本日の見学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. 2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。

- ・新型コロナウイルス ・ インフルエンザ ・ 百日咳 ・ 流行性角結膜炎 ・ 溶連菌
- ・ 感染性胃腸炎:嘔吐、下痢(ロタウイルス、ノロウイルス等) ・ マイコプラズマ肺炎
- ・皮膚の感染症(とびひ・膿) ・ 海外で流行中の感染症 ・ その他の感染症( )

3. ご本人もしくは同居家族の方の健康状態についてお答えください。

「はい」とお答えの方はどなたですか

- ① 37度以上の熱はありますか? \_\_\_\_\_℃ ( いいえ・ はい )
- ② 全身の倦怠感、咳、鼻水、咽頭痛はありますか? ( いいえ・ はい )
- ③ 咳が2週間以上続いていますか? ( いいえ・ はい )
- ④ 微熱を含めて熱が続いていますか? ( いいえ・ はい )
- ⑤ 寝汗、食欲低下、体重減少、痰に血が混じる症状はありますか? ( いいえ・ はい )
- ⑥ 腹痛、吐き気、嘔吐、下痢の症状はありますか? ( いいえ・ はい )
- ⑦ 身体に発疹はありますか? ( いいえ・ はい )
- ⑧ 眼の充血、目やに、異物感などの症状はありますか? ( いいえ・ はい )
- ⑨ 耳下腺の腫れ(耳の周囲)はありますか? ( いいえ・ はい )
- ⑩ 腕、手、指を怪我していますか? ( いいえ・ はい )
- ⑪ 14日以内に海外渡航歴がありますか? ( いいえ・ はい )

\*海外旅行については、流行性疾病によって設定された潜伏期間内の活動は、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・グループの( )様の見学です。

提出日: 年 月 日

ご所属名: \_\_\_\_\_

見学者名: \_\_\_\_\_

確認スタッフ名