

# 健康チェック票（問診票） 外部からの入館者用

## ■今日の来院理由にご記入のうえ、をつけてください

- 見学 見学されるお子様の名前（ ）様  
リハビリ（ PT OT ST 心理 ） グループ  
診察の同席  
関係者会議・施設見学 委託業者

## ■ご自身もしくは同居家族で、最近2週間以内に

新型コロナウイルス感染症の **濃厚接触者** もしくは **PCR検査を受けた人** がいますか？

- いる（いつ： / ）（誰ですか： ）（経過観察期間は / まで）  
 いない

## ■3週間以内に、ご自身もしくは周囲（家族や学校、職場等）で以下の病気に罹った方はいますか？

・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 ・带状疱疹

## ■2週間以内に、ご自身もしくは周囲（家族や学校、職場等）で以下の病気に罹った方はいますか？

・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 ・溶連菌感染症  
・感染性胃腸炎：下痢／嘔吐（ロタウイルス・ノロウイルス等） ・マイコプラズマ肺炎 ・アデノウイルス  
・皮膚の感染症（とびひ等） ・海外で流行中の感染症 ・その他の感染症（ ）

<b>今日の体調等について記載してください</b> (該当するものに ○ をしてください)	今日の体温：                      °C	平熱：                                  °C
・熱            ・咳            ・鼻水            ・咽頭痛            ・呼吸苦            ・強いだるさ            ・下痢／嘔吐		
・味覚嗅覚障害            ・発疹            ・目の充血／目やに            ・耳の周りの痛み、腫れ		
.....		
・園／学校／施設等の閉鎖（同居家族の場合も含む）	・海外渡航歴	

## ■2週間以内に、ご自身もしくは同居家族で、上記の「今日の体調等について」の欄にあてはまるものがあつた方はいますか？

- はい（症状：                      ）（誰ですか：                      ） いいえ

来院日： 令和      年      月      日

所属： \_\_\_\_\_

名前： \_\_\_\_\_

症状によっては、活動をお断りする場合があります  
感染拡大防止のため、手洗い・マスク着用にご協力をお願いします

確認欄