

健康チェック票（問診票）

■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 ボランティア・サポーター

■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 ・帯状疱疹
 →→→ はい いいえ

■1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（ _____ ）
 →→→ はい いいえ

■ご自身の体調について、5日間以内に発熱（微熱を含む）や咳・鼻水、咽頭痛など、軽微なものも含め、風邪症状がありましたか？

→→→ はい いいえ

「はい」とお答えの方 ↓

- ・時期：いつ頃からですか：（ _____ ）
 ・症状：発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐/下痢 ・ その他（ _____ ）
 ・症状がなくなってから **3日間（72時間）**が経過していますか はい いいえ

■現在、ご自身もしくは同居家族が所属・勤務している園／学校（クラス閉鎖を含む）／施設等の閉鎖期間中ですか？

→→→→→ はい いいえ

今日の体調（該当するものに ○ ）	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 ・発疹 ・目の充血／目やに ・耳の周りの痛み、腫れ ・喘息 ・花粉症／アレルギー（鼻水・くしゃみ） 受診歴（あり・なし）／抗アレルギー剤内服（あり・なし）		

来院日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属： _____ 名前： _____

状況によって、来院・活動をお断りする場合がありますのでご了承ください
 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