

健康チェック票（問診票） 研修・臨床実習

■ 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（ ）

今日の体調等について記載してください (該当するものに ○ をしてください)	今日の体温： °C	平熱： °C
・熱（微熱を含む） ・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		
・不眠 ・ストレスや不安を感じる症状 ・食欲低下		
.....		
・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お願いします

確認欄