

健康チェック票（問診票） 研修・臨床実習

■ 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

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：

℃

平熱：

℃

・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
・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）
・不眠 ・ストレスや不安を感じる症状 ・食欲低下

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