

健康状態チェックシート

2020 年 月 日

お名前 _____ 性別（男・女） 年齢 才

体温 _____ ℃ 体重 _____ kg 身長 _____ cm

体調についてお聞きします。あてはまるところに記入してください。

発熱 嘔吐

鼻汁 下痢

のどの痛み 腹痛

頭痛 発疹

味覚・臭覚の異常

食 事 : 普段どおり あまりとれず とれず

水 分 : 普段どおり あまりとれず とれず

睡 眠 : 普段どおり 時々起きる 眠れず

排 便 : 1 日 (回)

*ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

無 有⇒ ()

*今飲んでいるおくすりは？ 無 有⇒ ()

*同居家族や身近な知人の中で COVID-19 感染が疑われる方の有無

無 有⇒ ()

*過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触の有無

無 有⇒ ()