

***Test Event***

**健康状態チェックシート** 　　 2020年　　月 　 日

お名前 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

性別 （ 男 ・ 女 ） 　　年 齢 　　　　　　　 才 体 温 　　　　　　　　　 ℃

**体調についてお聞きします。あてはまるところにチェックを入れてください。**

* 発熱　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 頭痛
* 咳(せき) □ のどの痛み
* 鼻汁 □ 腹痛
* 下痢 □ 嘔吐感
* 倦怠感(体のだるさ) □ 筋肉・関節痛
* 嗅覚障害　　　　　　　　　　　　　　　□ 味覚障害

**昨晩から今朝の状況についてお聞きします。あてはまるところにチェックを入れてください。**

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

**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⇒（ ）

**今飲んでいるお薬はありますか？**

 □ 無 □ 有⇒（ ）