**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記入してください。**

□発熱

□鼻汁

□せき

□頭痛

□タン

□ゼーゼー

□嘔吐

□下痢

□腹痛

□発疹

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⇒（ ）