



## 健康状態チェックシート

2021年2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ます。あてはまる場所にチェックを入れてください。**

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> 頭痛     |
| <input type="checkbox"/> 咳(せき)      | <input type="checkbox"/> のどの痛み  |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁         | <input type="checkbox"/> 腹痛     |
| <input type="checkbox"/> 下痢         | <input type="checkbox"/> 嘔吐感    |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感(体のだるさ) | <input type="checkbox"/> 筋肉・関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 嗅覚障害       | <input type="checkbox"/> 味覚障害   |

**昨夜から今朝の状況についてお聞きます。あてはまる場所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⇒ ( )