

健康状態チェックシート

2021 年 5 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⇒ ()