健康状態チェックシート　　202　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⇒（　　）