

健康チェック表

※ご利用前の健康チェックに、ご理解、ご協力をお願いします。

来所年月日	年 月 日		
来所者氏名その他	当てはまる項目に☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 同行者		
(2名以上の場合は、 余白にご記入ください。)	本人氏名：		
	保護者氏名：		
	同行者氏名：		
	※ 感染症が発生した際等、当センターからの緊急連絡先として確認させていただきます。ご理解とご協力をお願いします。なお、当該目的以外には利用しません。 ご連絡先：		
訪問内容	訪問先に○印をつけてください。 診察 受付窓口対応のみ（診察予約や紹介状・診断書受け取りなど） リハビリ 療育教室 わかば園 検査（心理検査、血液検査など） 相談 研修 その他（具体的に記入してください。		
本人、同行者に下記の症状がある場合は、当てはまるものに○印をつけてください。			
	確認内容	回答	どなたが
①	来所前の体温は、平熱でしたか？	平熱 いいえ	
②	一週間以内に発熱（平熱より1度又は37.5度より高い場合）はありましたか？	はい いいえ	
③	現在、かぜ症状（咳、のどの痛み等）、強いだるさや息苦しさがありますか？	はい いいえ	
	上記③の質問に「はい」と回答された方のみ、お答えください。 その症状はアレルギーによるものですか？	はい いいえ	
④	24時間以内に腹部症状（吐き気、嘔吐、下痢便）がありましたか？	はい いいえ	

【留意事項】

- * 発熱（平熱より1度又は37.5度より高い場合）やかぜ症状（咳、のどの痛み等）、強いだるさや息苦しさ、腹部症状（吐き気、嘔吐、下痢便）のいずれかの症状がある場合は診療等をご遠慮ください。
- * 保育園、学校等が臨時に休園、休校する場合、勤務先が臨時に休業する場合などにお子様の受診をご希望の際は、事前にお問い合わせください。