

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 (2名以上の場合は、 余白にご記入ください。)	当てはまる項目に☑をお願いします。 ☐ 本人 ☐ 保護者 ☐ 同行者			
	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。