**Health Checklist**

健康チェック表

We appreciate your cooperation with our infection prevention policy.

Please fill in 　　areas below.

|  |  |
| --- | --- |
| Date of visit（DD／MM／YYYY）来所年月日 | **／　　　　　　　　　／** |
| Name(s) of visitor(s)名前 | Patient患者氏名 |  |
| Guardian保護者名 |  |
| Please use this space to list full name(s) of all other visitor(s).２名以上の場合は、余白にご記入ください。 |
| Contact information（Phone ＆ E-mail）連絡先（電話・Eメール） | Phone: |
| E-mail: |
| \* We will use the contact information provided here only to inform you of any infection outbreak in our center. It will not be used for any other purposes.\*連絡先は感染症が発生した際の連絡先として確認させて頂きます。それ以外での目的では使用いたしません。 |
| Purpose of visit訪問内容 | Please check. ☑　訪問先にチェック☑をつけてください。 |
| □ | Consultation相談 | □ | Tests検査 |
| □ | Medical examination診察 | □ | Making an appointment予約 |
| □ | Rehabilitation (PT・OT・ST)リハビリ | □ | Receiving documents紹介・診断書受取等 |
| □ | Therapeutic (Ryoiku)療育 |  |  |
| □ | Others　　Please be specificその他 |  |  |
| Physical condition本日の体調 | Body　temperature of the visitor来訪者の体温 | **℃　　※発熱なし□** |
| Please circle Yes or No.本人、同行者に下記の症状がある場合は、当てはまるものに丸印をつけてください。 |
| Symptoms 症状 | If Yes, who？ |
| 1. Fever within the past one week?

一週間以内に発熱がありましたか | Yes ・ No |  |
| 1. Current cold symptoms? (e.g. coughs, sore throat)

現在風邪症状（咳、のどの痛み等）がありますか。 | Yes ・ No |  |
| If Yes on ②, are the symptoms due to allergies?上記②で「はい」と答えた方、その症状はアレルギーですか？ | Yes ・ No |  |
| 1. Have you had any abdominal symptoms in the past 24 hours? (e.g. vomiting, diarrhea, nausea)

24時間以内に腹部症状(吐き気,下痢,嘔吐)がありましたか？ | Yes ・ No |  |

\*Cancel your visit if any visitor has cold symptoms such as a fever of 37.5℃ or above.

※　37.5°C以上の発熱、風邪症状などを認める方は診療等をご遠慮ください。

\*Call us if you would like to visit our center when your child’s school, class, daycare, or your workplace is temporarily closed due to a local epidemic.

※　保育園、学校等が臨時休園、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。

　R7.4.1広島市こども療育センター3センター共通