

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いただきます。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 ☐ Medical examination 診察 ☐ Rehabilitation (PT・OT・ST) リハビリ ☐ Therapeutic (Ryoiku) 療育 ☐ Others (Please be specific) その他 ☐ Tests 検査 ☐ Making an appointment 予約 ☐ Receiving documents 紹介・診断書受取等		
Physical condition 本日の体調	Body temperature of the visitor 来訪者の体温		
	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	
	② 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	
③ 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°C 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。