

# 健康チェック表

ご利用前の健康チェックにご理解、ご協力をお願いいたします。

来所日時	令和 年 月 日 ( )		
お名前 (2名以上の場合は、余白にご記入ください。)	利用者氏名: 保護者氏名: (保護者のみ・本人同伴) 同行者: ご連絡先(変更がある場合にご記入ください)		
訪問内容	訪問先に○印をつけてください。 相談 診察 リハビリ(PT・OT・ST) 療育 検査 物品の搬入 その他( ) 受付窓口対応のみ: 予約 紹介状・診断書受け取り等		
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来所前に体温を測りましたか?	平熱	いいえ	
②最近一週間以内に発熱はありましたか?	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	
④腹部症状(吐き気、嘔吐、下痢便)がありますか? → 症状が消失して丸1日(24時間)経過していますか。	はい	いいえ	

注1)発熱(平熱より1度又は37.5度より高い場合)や風邪症状(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。

注2)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。

\*ご連絡先は、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。