

日々の健康状態の確認表(来院前)

★ ご来院2週間前からの体温・健康状態を記載してください。

★ 当日、37.5度以上の発熱と症状に□ありにレ点がついた場合は、来院せずに関係部署へご連絡ください

★ 来院後、総務課または関係部署へ提出してください。

所属・学校・勤務先等:

氏名:

| | / | / | / | / | / | / | / |
|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 最高体温 (°C) | | | | | | | |
| 発熱 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 寒気 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 倦怠感 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 咳 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| タン痰 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 呼吸が苦しい感じ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 鼻水 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 鼻づまり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| のどの痛み | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 頭痛 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 筋肉痛 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 吐き気 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 味覚・嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| その他 (気になる症状) | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: |
| 全てなし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
| 備考 | | | | | | | |

日々の健康状態の確認表(来院前)

- ★ ご来院2週間前からの体温・健康状態を記載してください。
- ★ 当日、37.5度以上の発熱と症状に□ありにレ点がついた場合は、来院せずに関係部署へご連絡ください
- ★ 来院後、総務課または関係部署へ提出してください。

所属・学校・勤務先等:

氏名:

| | / | / | / | / | / | / | / |
|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 最高体温 (°C) | | | | | | | |
| 発熱 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 寒気 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 倦怠感 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 咳 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| タン痰 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 呼吸が苦しい感じ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 鼻水 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 鼻づまり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| のどの痛み | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 頭痛 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 筋肉痛 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 吐き気 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 味覚・嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| その他 (気になる症状) | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: | <input type="checkbox"/> あり 症状: |
| 全てなし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
| 備考 | | | | | | | |