

健康チェックシート

本健康チェックシートは自己管理用ですが、施設から提出を求められた場合には速やかに対応いただけるようご準備ください。
また、提出いただいた場合、ご記入の個人情報について、施設は厳正なる管理のもとに保管し、関係者の健康状態の把握、来施可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、施設にて感染症患者またはその疑いのある方が発見された場合は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

<基本情報>

入所者名		実施日	年 月 日 ()
面会者名		電話番号	

<当日までの体温> 7日前からの記録をお願いします

/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	

<2週間における健康状態> ※該当するものに「✓」を記入してください。

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳（せき）、のどの痛み等の風邪症状がない	
③ だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がない	
④ 臭覚や味覚の異常がない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状がない	
⑥ 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑧ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がない	
⑨ ワクチン接種の有無	
有 接種回数 (回) 前回接種日 (年 月 日)	
無	

確認日（施設職員確認）

年 月 日