**健康状態チェックシート** 　　　 2021 年 月 日

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別 （ 男 ・ 女 ） 年 齢 才

体 温 ＿＿＿＿＿ ℃ 体 重 ＿＿＿＿＿ ｋｇ 身 長　＿＿＿＿＿　ｃｍ

**体調についてお聞きします。 あてはまるところに記入してください。**

□発熱　　　　　　　　　　　　□嘔吐

□鼻汁　　　　　　　　　　　　□下痢

□のどの痛み　　　　　　　　　□腹痛

□頭痛　　　　　　　　　　　　□発疹

□味覚・臭覚の異常

食 事 ：□普段どおり □あまりとれず □とれず

水 分 ：□普段どおり □あまりとれず □とれず

睡 眠 ：□普段どおり □時々起きる □眠れず

排 便 ：1 日（ 回）

＊ご家族・お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気がありますか？

□無 □有⇒（ ）

＊今飲んでいるおくすりは？ □無 □有⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊同居家族や身近な知人の中でCOVID-19感染が疑われる方の有無

□無 □有⇒（ ）

＊過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触の有無

　　　　　　　　　　　　　　□無 □有⇒（ ）