

面会者健康チェックシート

日時：令和2年 月 日（時間 : ） 体温：（ ℃）

対象者： 入居者（氏名： ） ・ 面会者（氏名： ）

1. 過去2週間以内に熱があった	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（ 月 日～ 日頃まで）	<input type="checkbox"/> 無
2. だるさがある（倦怠感）	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
3. 喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
4. くしゃみ・鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
5. 咳、痰がある	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
6. 気持ち悪さ、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）		<input type="checkbox"/> 無
7. 過去1週間以内に嘔吐した	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（ 月 日頃）	<input type="checkbox"/> 無
8. 腹痛がある、下痢をしている	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
9. 目の充血等がある	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
10. 味や臭いが感じにくい	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	（いつ頃から： ）	<input type="checkbox"/> 無
11. 過去2週間以内の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	渡航国（ ） 渡航期間（ 月 日～ 月 日）	<input type="checkbox"/> 無
12. 過去2週間以内の県外への訪問、滞在、勤務	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	<input type="checkbox"/> 訪問・ <input type="checkbox"/> 滞在・ <input type="checkbox"/> 勤務の県名 （ ）	<input type="checkbox"/> 無
13. 過去2週間以内に県外から来た人との接触	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）	何県の方でどの程度の接触か簡単に記入 （ ）	<input type="checkbox"/> 無
14. 上記1～10までに該当する方との接触	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族）		<input type="checkbox"/> 無

※上記の1～10までに有にチェックがある方で医療機関を受診された方。

・ 医師の診断結果（ ） ・ 受診での内服薬処方（有 ・ 無）（有の場合：現在も服用中 ・ 残薬なし）