週 間 健 康 チ ェ ッ ク シ ー ト

利用者様氏名: ＿＿＿＿＿＿＿＿　ご家族様氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

チェック項目　／　日　付	／	／	／	／	／	／	／
1 今日の体温	．C	．C	．C	．C	．C	．C	．C
2 下記（3-1～3-14）に該当する項目なし							
3-1 発熱している							
3-2 過去 2 週間以内に熱があった							
3-3 だるい							
3-4 気持ち悪い・吐き気がする							
3-5 過去 1 週間以内に嘔吐した							
3-6 のどが痛い							
3-7 下痢をしている							
3-8 くしゃみ、鼻水がある							
3-9 目が赤い、または結膜炎がある							
3-10 1ヶ月以内に始まった咳がある							
3-11 1ヶ月以内に始まった匂いの感じにくさがある							
3-12 1ヶ月以内に始まった味の感じにくさがある							
3-13 釜石市外に移動した							
3-14 同居家族以外で上記項目の 1 つ以上に該当する人と接触した							

※ 該当する項目に✔を入れてください。