体調確認票

記入日　令和 年　　月　　日

学校名（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　氏名（　　　　　　　　　　　　）

　　来院時体温（　　　　　）

1. 平熱よりも高い体温の日が1週間以内にありましたか

なし　　　　　　　　あり（ありの場合は詳しく下記に記載してください）

1. 咳・鼻汁などの感冒症状、咽頭痛がありますか

なし　　　　　　　　あり（ありの場合は詳しく下記に記載してください）

３.　　頭痛、倦怠感、嘔吐、下痢などいつもと違う気になる症状はありますか

なし　　　　　　　　あり（ありの場合は詳しく下記に記載してください）

４.　　家族及び周囲の人に体調不良や流行性感染症に罹患している人はいますか

いない　　　　　　　　いる（いるの場合は詳しく下記に記載してください）

５．　その他気になることはありますか

なし　　　　　　　　　ある（あるの場合は詳しく下記に記入してください）

看護部　確認者名（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　2023.5