

面会者健康チェックシート

日時	令和 年 月 日 ()	午前 ・ 午後 時 分	
入居者氏名	様	面会者氏名	様 続柄 ()
体温	度		

(一つでも該当があれば施設職員へご相談ください)

<input type="checkbox"/> 過去2週間以内に発熱があった	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水がある
<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 目が赤い、又は結膜炎がある
<input type="checkbox"/> 気持ちが悪い・吐き気がした	<input type="checkbox"/> 1か月以内に始まった咳がある
<input type="checkbox"/> 過去1週間以内に嘔吐した	<input type="checkbox"/> 1か月以内に始まった匂いにくさがある
<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 1か月以内に始まった味の感じにくさがある
<input type="checkbox"/> 下痢をしている	<input type="checkbox"/> 同居している人が発熱している