

利用者・家族健康チェック表

2023.5.8版

お名前 () 年齢 () 利用者ID・氏名 () 利用者との続柄 ()

新型コロナワクチン接種 ①接種回数 ()回接種済み ②最終接種日 (令和 年 月 日)

③新型コロナワクチンのメーカー ファイザー モデルナ その他 () ※今まで受けたメーカーに☑をしてください。

日付	体温	咳	鼻水	下痢・嘔吐	倦怠感	咽頭痛	味嗅覚異常	風邪薬服用	病院受診	外出先	備考（他の症状・面会者等）
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			
月 日 ()	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし			

ご記入にあたって

- 1 入所の**5日前**から入所当日の朝まで、項目は全部記入してください。（例：○月6日に短期入所開始の時は○月1日から記入）
- 2 入所の**5日以内**に以下の状況があった場合はその時点でソーシャルワーカーまでご連絡下さい。。（土日祝日は当直医まで）
 - ① ご本人や同居ご家族に発熱（37.5°C以上、または平熱より1°C以上高い場合）があった場合
 - ② ご本人や同居ご家族に風邪症状（頭痛、鼻水、のどの痛み）等の症状がみられた場合
 - ③ ご本人だけでなくご家族（例えば兄弟）の通っている学校、事業所、会社で感染症（インフルエンザ、新型コロナウイルス等）が発生した場合（利用されている施設の閉鎖、休園、学校閉鎖、学年閉鎖、学級閉鎖の場合）
 - ④ 身近で新型コロナの濃厚接触者がいる場合

御協力ありがとうございます。