

健康チェック票

新型コロナウイルス感染症拡大防止対策のため、来館される方全員に健康状態の確認をさせていただきます。ご協力ください。

来館年月日 時間	令和 年 月 日 時 分
氏 名	
所属施設名	
連絡先 TEL 番号	※個人会員・非会員の方は必ずご記入ください。 会員施設の方で緊急連絡が施設に入ることを希望されない方はご記入ください。
来館目的	研修受講 : 研修名 委員会出席 : 委員会名 図書利用 : その他 : ()

1. 今朝の体温	℃	平熱比1度超過	あり・なし
2. 最近2週間以内にアレルギー以外で以下の①～⑤の症状がありましたか ① 発熱 ②強い倦怠感 ③息苦しさ ④風邪様症状(咳・痰・鼻水・咽頭痛) ⑤ 筋肉痛 ⑥その他の症状 ()	①	あり	なし
	②	あり	なし
	③	あり	なし
	④	あり	なし
	⑤	あり	なし
	⑥	あり	なし
3. 最近2週間以内の渡航歴がありますか(渡航国:)		あり	なし
4. 最近2週間以内に新型コロナウイルス感染症陽性者との接触がありますか(感染防止を実施した上での業務を除く)		あり	なし
5. 最近2週間以内に他県に移動したことがありますか ある場合は移動した地域()		あり	なし
6. 同居者に最近2週間以内の渡航歴・他県移動歴がありますか		あり	なし
7. その他			

※この健康チェック票は健康確認の目的以外に用いることはありません。必要時保健所等の公的機関へ提供することがありますのでご了承ください。回収後4週間経過で廃棄いたします。ご協力ありがとうございました。

公益社団法人福岡県看護協会

令和3年4月1日作成