

健康チェックシート

様式⑳

ふりがな	性別	年齢	※その他 記入事項（基礎疾患、妊娠の有無、透析・免疫抑制剤・抗がん剤の有無、その他）				
氏名							

		/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)	/ (日)
体 温		朝 ℃	朝 ℃	朝 ℃	朝 ℃	朝 ℃	朝 ℃	朝 ℃
		夕 ℃	夕 ℃	夕 ℃	夕 ℃	夕 ℃	夕 ℃	夕 ℃
74	[息苦しさ] 一つでも該当あれば「はい」を選択 ★息が荒くなった （呼吸数が多くなった） ★急に息苦しくなった ★少し動くと息があがる ★胸の痛みがある ★横になれない・座らないと息ができない ★肩で息をしている・ゼーゼーしている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	[味覚・嗅覚] 味や匂いを感じられない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	[喀痰・咳嗽] 咳やたんが、ひどくなっている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	[全身倦怠感] 起きているのがつらい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	[嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気が続いている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	[下 痢] 下痢が続いている （1日3回以上の下痢）	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	その他	身体の症状 （ <small>具体的症状</small> ） 食事が食べられない 半日以上尿が出ていない 鼻水・鼻づまり、のどの痛み 結膜充血、頭痛、関節筋肉痛 けいれん、その他の気になる症状	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>	はい・いいえ <small>（具体的症状）</small>
心の調子 ・良好 ・不良（気が減る、イライラする、不眠等）		良好・不良	良好・不良	良好・不良	良好・不良	良好・不良	良好・不良	良好・不良
チェック欄								