記入日：令和　　年　　月　　日

健康状態チェックカード

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

【体調について】　※「はい」か「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名  項　目 |  |  |  |  |
| 発熱はありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 息苦しさがありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 味や匂いを感じられない状態ですか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 咳やたんがありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 全身倦怠感がありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 嘔吐や吐き気がありますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 下痢が続いていますか | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ | はい・いいえ |

【肺炎球菌ワクチンの接種について】

※「はい」か「いいえ」若しくは「不明」のどちらかに○を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 肺炎球菌のワクチンを接種していますか | はい・いいえ・不明 | はい・いいえ・不明 | はい・いいえ・不明 | はい・いいえ・不明 |

※用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。