

産婦人科 健康チェック表

氏名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

チェック日	体温 (°C)	症状									
		朝	夕	咳	のどの痛み	鼻水・鼻づまり	頭痛	下痢・腹痛	強いだるさ	息苦しさ	その他
1日目	月 日										
2日目	月 日										
3日目	月 日										
4日目	月 日										
5日目	月 日										
6日目	月 日										
7日目	月 日										
8日目	月 日										
9日目	月 日										
10日目	月 日										
11日目	月 日										
12日目	月 日										
13日目	月 日										
14日目	月 日										

受診までにどんなことをされましたか。

(例) ○月○日 医療機関を受診した。○月○日に保健所に連絡した。○月○日に市販薬を内服した。などを記入

※ 体温は、一日2回（朝・夕）14日間測定してください。受診時、健康チェック表を持参してください。

※ 症状の各項目に、ある場合は○、ない場合は×を付けてください。

※ 「強いだるさ」や「息苦しさ」、または、発熱（37.5°C以上）や咳などの風邪症状がある場合は、帰国者・接触者相談センターに電話で連絡してください。