健康管理票

記載日：　　年　　月　　日	
氏　名：	連絡先（携帯電話）：

該当する項目にチェック（　☑　）し、必要事項を記載してください。

■　自覚症状の有無

☐　37.5℃以上の発熱　☐　息苦しさ　☐　咳　☐　痰　☐　咽頭痛

☐　嘔吐・下痢　☐　味覚障害　☐　嗅覚障害　☐　倦怠感　☐　筋肉痛

症状出現　　年　　月　　日　～

☐　なし

■　新型コロナウイルス感染症やインフルエンザなどの感染症と診断された人との接触歴

1）　☐　１週間以内に感染症と診断された人との接触歴がある
※接触の程度にかかわらず、心当たりのある場合は必ずご回答ください。

感染症名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

接 触 日　　年　　月　　日

場　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　なし

2）　☐　同居人または校内に、自宅隔離を要請されている人・陽性と診断された人と１週間以内に接触した人がいる。

☐　なし

2024 年 1 月 26 日改訂

鹿児島市立病院感染制御部