

## 健康状態届

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 団体名   | (記入者名: _____)   |  |  |  |
| 利用期間  | ~   |  |  |  |
| 医療従事者か養護教諭の同行 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無  | 救急セットの持参 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |  |  |  |
| 新型コロナウイルス (COVID-19) 感染拡大防止ガイドラインをご理解の上、<br>利用者の健康状態についてご記入をお願いします。   |   |  |  |  |
| ■以下の該当者はいませんか？<br>・37.5度以上の発熱がある方<br>・平熱比+1度以上の発熱がある方<br>・息苦しさ（呼吸困難）、強いたるさがある方<br>・軽度であっても咳・咽頭痛などの症状がある方<br>・その他体調がすぐれない方 |   |  | <input type="checkbox"/> 該当なし<br>※該当者がいる場合、ご利用頂けません。                         |  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐、下痢等の感染症の疑いがある体調不良の方   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 発作が起こりやすい持病を持っている方（心臓、けいれん、ぜん息、アナフィラキシー補助治療剤（エピペン等）や注射持参の持病等）はいませんか？                             |   |  | <input type="checkbox"/> 該当者なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 該当者あり★ |  |
| <input type="checkbox"/> 車椅子、松葉杖等を利用の方等、配慮を要する方   |   |  | <input type="checkbox"/> 該当者なし<br><input checked="" type="checkbox"/> 該当者あり★ |  |

★該当者ありの場合は、宿直時の対応のために以下にご記入ください。  
※氏名は、差し支えあれば、無記入で結構です。

| 氏名 | 症状 | 性別 | 年齢 | 備考<br>※発作時の対応他 |
|----|----|----|----|----------------|
|    |    |    |    |                |
|    |    |    |    |                |
|    |    |    |    |                |
|    |    |    |    |                |

※夜間は救急病院対応となります。小児対応は松山市か宇和島市のため（車で片道約1時間）、小児科が開院している時間前にご相談ください。

健康観察・検温共に実施後、確認欄へ○をつけてご提出ください。

|                         |     |     |     |       |     |            |     |
|-------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|------------|-----|
| <b>健康観察<br/>検温チェック表</b> |     | 入所前 |     | 朝(7時) |     | 夕方(16時30分) |     |
|                         | 1日目 | 確認欄 | 施設欄 | /     |     | 確認欄        | 施設欄 |
|                         | 2日目 | /   |     | 確認欄   | 施設欄 | 確認欄        | 施設欄 |
|                         | 3日目 | /   |     | 確認欄   | 施設欄 | 確認欄        | 施設欄 |