健 康 調 査 票　施設名（　　）

様式3

有症状者（入所者及び職員）を記入してください

No	氏名	年齢	性別	居室	／		／		／		／		／		／		／		／		／		／		受診日	診断名等
					AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	病院名	
記入例	○ ○ ○ ○	75	女	きく		20時▲居室	△		○																	

＜記入様式＞
初発及びその後の症状について記号で記入してください。（初発時は時間・場所を記入）　例）夜8時嘔吐→20時▲居室
初発下痢：●　下痢：○　初発嘔吐：▲　嘔吐：△　初発発熱：■　発熱：□　初発腹痛：★　腹痛：☆

盛岡市保健所　指導予防課　感染症対策担当
電話：　603－8244　FAX：654－5665