健 康 調 査 票　施設名（　　）

様式4

欠席者及び出席者で症状のある児を記入してください

No	氏名	年齢	性別	クラス名	／		／		／		／		／		／		／		／		／		／		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	○ ○ ○ ○	2	女	さくら		20時▲ 自宅	欠 △		△園				出													

＜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.例）夜8時嘔吐→20時▲
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