

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	AM	PM	
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:☆

電話: 603-8244 FAX:654-5665