記入日：

健康状態チェックカード

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

氏 名

◆体調について

|  |  |
| --- | --- |
| ・発熱はありますか | はい ・ いいえ |
| ・息苦しさがありますか | はい ・ いいえ |
| ・味や匂いを感じられない状態ですか | はい ・ いいえ |
| ・咳やたんがありますか | はい ・ いいえ |
| ・全身倦怠感がありますか | はい ・ いいえ |
| ・嘔吐や吐き気がありますか | はい ・ いいえ |
| ・下痢が続いていますか | はい ・ いいえ |

◆肺炎球菌ワクチンの接種について

|  |  |
| --- | --- |
| ・肺炎球菌のワクチンを接種していますか | はい・いいえ・不明 |