

(添付3-3)

新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票

これは、管轄保健所が主体となって行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号:		観察対象者氏名:					住所:					TEL: - -			
患者氏名:		患者との最終接触日時: 年 月 日 時					患者との関係:					Email: @			
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	
月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
最高体温															
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他															
朝・夕の確認☑(確認手段(電話・面接等)を記載)	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	朝: () 夕: ()	
備考															
確認者															

保健所名: 担当者: 所在地: TEL: - - FAX: