

職員健康観察票

No.

所属	職員名						
バイタルサイン測定	日付	/	/	/	/	/	/
	出勤前	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
	出勤時 (必須)	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
	勤務中 (夜勤者は必須)	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
	退勤時 (必須)	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
	必要時	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C	: °C
	呼吸器症状	咳	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
喀痰		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
息苦しさ		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
咽頭痛		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他	嘔吐・嘔気	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
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	筋肉痛	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
	味覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	嗅覚障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
食事量の低下	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
特記事項							
確認者(サイン)							

※以下のいずれかの症状に該当した場合は、速やかに施設長へ報告の上、

医療機関へ受診又は嘱託医への相談をしてください。

- ・息苦しさ、倦怠感、高熱等の強い症状のいずれかがある場合
- ・発熱、咳、倦怠感、喉の痛みや違和感、頭痛、筋肉痛、鼻水、鼻づまり、喀痰、吐き気や嘔吐、下痢、味覚・嗅覚障害の症状が出た場合