

記入日： 年 月 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
---------------------	-----------