

健康チェック表

接触者番号：

* 麻しんの潜伏期間はおおむね10～12日（最大21日）間といわれています。
 * この用紙を使って、接触があった日から21日間、毎朝の体温測定とカタル症状（咳・鼻汁・目の充血）、発疹（頭・体・手足の有無などを自己チェックし、記入をお願いします。
 * 症状がなければ平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ不要不急の外出などは控えていただき、注意深くご自身の健康チェックを行っていただくことをお願いいたします。
 * 37.5℃以上の熱や症状が現れたときには、速やかに下記へご連絡ください。

お名前： 住所：
 年 齢： 歳 自宅電話： — — 携帯電話： — —
☐ 麻しんに罹ったことが ☐ ない ☐ ある（ 歳頃、 年 月）
☐ 麻しんの予防接種歴 ☐ ない ☐ ある 1 回目（ 年 月 日、 歳頃）ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明）
☐ ある 2 回目（ 年 月 日、 歳頃）ワクチンの種類（麻しん単抗原・MR・MMR・不明）
 麻しん患者との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ 妊娠：☐ ない ☐ ある（ 週）

| 最終接 触 より | 日付 | 測定時間 | 症状 | | | 備考欄 (行先等) | 確認方法 (確認者) |
|----------------|----|------|-------|--|--|--------------|---------------|
| | | | 体温(℃) | 発疹(部位) | カタル症状(症状) | | |
| 0 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 1 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 2 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 3 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 4 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 5 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 6 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 7 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 8 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 9 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 10 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 11 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 12 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 13 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 14 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 15 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 16 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 17 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 18 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 19 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 20 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 21 日 | / | : | ℃ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |

連絡先 西区福祉保健センター福祉保健課健康づくり係

所在地：横浜市西区中央1-5-10

電話番号：045-320-8439 FAX：045-324-3703