

施設名 _____
 記入者名 _____
 TEL _____
 FAX _____

健 康 調 査 票

江戸川保健所 保健予防課 感染症対策係
 TEL 5661-2476
 FAX 3654-2401

NO	氏名(イニシャル)	性別	年齢	クラス・フロア	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	受診日	病院名
例	A.K	女	1	さくら	●AM5:00 ▲AM5:00	○ △AM0:00	○													
例	I.K	男	0	ひまわり	● ▲AM2:00	○△	○△													OK医院
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

記号	● AM5:00	最初に下痢を呈した日（わかれば場所と時間）	○	下痢を呈した日
	▲ AM5:00	最初に嘔吐を呈した日（特に場所と時間大切です）	△	嘔吐を呈した日

(注1) 下痢・嘔吐・発熱のいずれかの症状が最初に現れた時間を記入してください。
 (注2) 病院名及び受診日はわかる範囲で構いません。