

【体 調 確 認 票】

新型コロナウイルス感染症 および その他感染症の感染拡大防止のため、

お子さまと同居家族（同行者含む）の体調確認を実施しております。下記の確認事項についてご記入ください。

来所日	令和 年 月 日
お子さまの氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日：平成・令和 年 月 日
同行者の氏名	続柄：父・母・その他（ ）

確認事項（あてはまる回答を○で囲んでください）		回答欄		市確認欄	
お子さまと同居家族（同行者含む）についてご記入ください	来所から 7日前まで <small>来所日の前日を 1日目とした 過去7日間</small>	お子さまは平熱プラス1℃以上、大人は37.0℃を超える発熱がありましたか。 ※ワクチン接種後等に生じた場合も含まれます。	はい	いいえ	
		風邪症状(咳・鼻水・下痢・嘔吐)はありましたか。 ※医師に診断を受けた感染症とは異なるアレルギーや喘息などの症状は除きます。	はい	いいえ	
		皮膚に感染を疑うような発疹(水疱瘡や手足口病などを疑う発疹)がありましたか。	はい	いいえ	
来所当日	自宅で体温を測定し、下記にご記入ください。 お子さま _____℃ 同行者 _____℃				
		風邪症状(咳・鼻水・下痢・嘔吐)がありますか。 ※医師に診断を受けた感染症とは異なるアレルギーや喘息などの症状は除きます。	はい	いいえ	
		皮膚に感染を疑うような発疹(水疱瘡や手足口病などを疑う発疹)がありましたか。	はい	いいえ	
		新型コロナウイルスに感染し、厚生労働省の定める自宅療養等を行う期間、またはその後の検温など、ご自身による健康状態の観察等を行う期間ですか。	はい	いいえ	
		新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者の待機期間内ですか。	はい	いいえ	
	海外から帰国し、検疫措置での待機期間内ですか。	はい	いいえ		

回答欄の「はい」に1つでも○がついた場合は、日程を変更してください。

また、日程変更について保健センターまでご連絡をお願いいたします。

※乳幼児健診当日、受付等で体調確認票の内容に該当する項目が確認された場合、申し訳ございませんが、受診をお断りいたします。

乳幼児健診の安心・安全な運営のため、皆様のご理解・ご協力をお願いいたします。

【お願い】

- 原則、対象のお子さま1名につき、保護者1名の同行でお願いいたします。
- 密集・密接を防ぐために、ご案内の受付時間にお越しくださいますようお願いいたします。
早めにご来所された場合、ご案内の時間まで受付でお待ちいただくこととなります。
- 保護者の方はマスクを持参の上、お越しください。相談や健診等の事業の間は、特に必要のある場合を除き、マスクの着用を原則お願いいたします。
- 今後、新型コロナウイルス感染症の動向によっては、保健センター事業を延期又は中止させていただく場合がありますので、市ホームページ等で最新の情報をご確認の上、お越しくださいますようお願いいたします。

問合せ先：芦屋市子ども・健康部健康課（芦屋市保健センター）
住所：芦屋市呉川町14番9号
電話：0797-31-1586 FAX：0797-31-1018