髙橋治療院の職員のための　**健康チェックシート**令和　　年　　月　　日

氏名：　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　年　　月　　日生　年齢　　　歳

※全ての職員は勤務前に毎回、これを自ら記入し、管理者のチェックを受けてください。

※COVID-19・その他の衛生管理上、不適格者・未記入者・未提出者は勤務を認めません。

①　2週以内に自身や周囲でCOVID-19罹患は有りますか？　　無い　有る（　　　　　）

②　体温（　　　　　℃）は普段と変わりませんか？　　低い　同程度　高い（　　　　　）

③　体にだるさはありますか？　 　無い　　有る（　　　　　　　　　　　　　　　　）

④　味覚や嗅覚に異常はありませんか？　　無い　　有る（　　　　　　　　　　　　　）

⑤　咳や息苦しさはありませんか？　　無い　　有る（　　　　　　　　　　　　　　　）

⑥　頭痛や動悸、胸痛はありませんか？ 　無い　　有る（　　　　　　　　　　　　　　）

⑦　筋肉や関節に痛みはありませんか？　　無い　　有る（　　　　　　　　　　　　　）

⑧　食欲はありますか？　　有る　　無い（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨　下痢をしていませんか？　　無い　有る（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑩　その他に不調はありませんか？　　無い　有る（　　　　　　　　　　　　　　　　）

体調不良の方は無理に勤務せず、必要な医療機関を受診し、十分に療養して下さい。

＜勤務中の注意事項＞

※「清潔な白衣とマスクの着用、手指の洗浄消毒、器具材料の衛生管理」を徹底して下さい。

※施術管理者が危険・困難と判断した場合、安全性を確認できるまで業務を禁じます。

※全ての職員が自身とお互いを管理し合い、患者様と共に自らの健康増進に努めましょう。

勤務前確認者　　　　　　　勤務中確認者　　　　　　　勤務後確認者

勤務中に

　　　　　　　が発症　　　日・時に治癒・　　　　　　にて受診　　　　　　　　と診断

　　月　　日　治癒・現在　　　　　　　　　通院中・入院中

以上を　　　　　　 が確認、　　　　　　に報告

施術管理者の確認　　　　　　事務長の確認