

## 健康チェック表

(病院・診療所用)

## Health checklist

(For kindergartens, nursery schools, and Integrated Centre for Early Childhood Education and Care)

コロナウイルス感染予防のため、健康チェックし、伝えましょう。

- Check your health and tell them to prevent coronavirus infection.  
病院・診療所に行ったとき、自分の健康を伝えましょう。
- Tell them about your health condition when you go to the hospital / clinic.  
すぐに、受診できるように、チェック表に記入しましょう。
- Fill out the checklist so that you can see the doctor immediately.  
「新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証」があれば、それをみせましょう。
- Show your Certificate of vaccination for COVID-19 if you have one.  
飲み薬や注射など使っている薬や、サプリメントなどがあれば、それらを見せましょう。
- If you are taking any medications, such as oral medicines, injections, or supplements, show them.



発熱

High Fever

体温	( )度	
1 Body temperature	( )°C	
のどの痛み	あり	なし
2 Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
せき	あり	なし
3 Coughing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
息苦しさ	あり	なし
4 Breathlessness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
鼻汁(鼻水)	あり	なし
5 Nasal discharge	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
強いだるさ	あり	なし
6 Feel tired	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
頭が痛い	あり	なし
7 Headache	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
においがわからない	あり	なし
8 Don't smell (Have no smell)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
味がわからない	あり	なし
9 Don't taste (Have no taste)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
下痢	あり	なし
10 Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No



息苦しさ

Breathlessness



強いだるさ

Feel tired

2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか	はい	いいえ
1 Did you have a fever of 37.5 degrees or higher in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2週間以内に県外に行きましたか	はい	いいえ
2 Did you go outside Shizuoka prefecture in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方	何県ですか	
2-1) If "Yes", which prefecture did you go to?	( )	
2週間以内に外国に行きましたか	はい	いいえ
3 Did you go abroad in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方	どこの国ですか	
3-1) If "Yes", which country did you go to?	( )	
一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか	はい	いいえ
4 Did any person living with you go outside Shizuoka prefecture?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方	何県ですか	
4-1) If "Yes", which prefecture did he/she go to?	( )	
一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか	はい	いいえ
5 Did any person living with you go abroad?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方	どこの国ですか	
5-1) If "Yes", which country did he/she go to?	( )	
2週間以内に、家族以外の人と集団で食事をしましたか	はい	いいえ
6 Did you eat a meal in a group with non-family members in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2週間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いがある患者との接触がありましたか	はい	いいえ
7 Did you have contact with any coronavirus infected or suspected person in the last two weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

イラスト: かわいいフリー素材集いらすとや

<https://www.irasutova.com/>

# 健康チェック表

Health checklist

英語版 Ver.2. 2023.10.26.  
 (幼稚園・保育所・子ども園用)  
 (For kindergartens, nursery schools, and Integrated Centre for Early Childhood Education and Care)

コロナウイルス感染予防のため、健康をチェックしましょう。

- Check your health to prevent coronavirus infection.  
幼稚園・保育所・子ども園に行ったとき、先生に、子どもの健康を伝えましょう。
- When you go to a kindergarten, nursery school, or children's school, let the teacher know about your child's health condition.  
チェック表に記載しましょう。先生に、みせましょう。
- Let's fill in the checklist and show it to the teacher.



発熱  
High Fever

体温	( )度	
1 Body temperature	( )°C	
のどの痛み	あり	なし
2 Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
せき	あり	なし
3 Coughing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
息苦しさ	あり	なし
4 Breathlessness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
鼻汁(鼻水)	あり	なし
5 Nasal discharge	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
強いだるさ	あり	なし
6 Feel tired	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
頭が痛い	あり	なし
7 Headache	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
においがわからない	あり	なし
8 Don't smell (Have no smell)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
味がわからない	あり	なし
9 Don't taste (Have no taste)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
下痢	あり	なし
10 Diarrhea	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No



息苦しさ  
Breathlessness



強いだるさ  
Feel tired

2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか	はい	いいえ
1 Did you have a fever of 37.5 degrees or higher in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2週間以内に県外に行きましたか	はい	いいえ
2 Did you go outside Shizuoka prefecture in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方 何県ですか	( )	
2-1) If "Yes", which prefecture did you go to?	( )	
2週間以内に外国に行きましたか	はい	いいえ
3 Did you go abroad in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方 どの国ですか	( )	
3-1) If "Yes", which country did you go to?	( )	
一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか	はい	いいえ
4 Did any person living with you go outside Shizuoka prefecture?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方 何県ですか	( )	
4-1) If "Yes", which prefecture did he/she go to?	( )	
一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか	はい	いいえ
5 Did any person living with you go abroad?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
はいの方 どの国ですか	( )	
5-1) If "Yes", which country did he/she go to?	( )	
2週間以内に、家族以外の人と集団で食事をしましたか	はい	いいえ
6 Did you eat a meal in a group with non-family members in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2週間以内に、新型コロナウイルスの患者や、その疑いがある患者との接触がありましたか	はい	いいえ
7 Did you have contact with any coronavirus infected or suspected person in the last two weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

今日はお休みしましょう。

Let's take a rest today.

家に、いましょう。

Let's stay home.

病院に行きましょう。

Let's go to the hospital.

イラスト: かわいいフリー素材集いらすとや <https://www.irasutova.com/>

毎日の健康チェック表

Daily health checklist

英語

Ver.2.

2023.10.26.

名前

NO.

Name

コロナウイルス感染予防のため、毎日、健康をチェックしましょう。

Check your health daily to prevent coronavirus infection.

	月Month	日Day	月Month	日Day	月Month	日Day	月Month	日Day	月Month	日Day	月Month	日Day	月Month	日Day
体温 1 Body temperature	( )度 ( )°C		( )度 ( )°C		( )度 ( )°C		( )度 ( )°C		( )度 ( )°C		( )度 ( )°C		( )度 ( )°C	
のどの痛み 2 Sore throat	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
せき 3 Coughing	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
息苦しさ 4 Breathlessness	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
鼻汁(鼻水) 5 Nasal discharge	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
強いだるさ 6 Feel tired	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
頭が痛い 7 Headache	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
においがわからない 8 Don't smell (Have no smell)	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
味がわからない 9 Don't taste (Have no taste)	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
下痢 10 Diarrhea	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Yes	なし <input type="checkbox"/> No
県外に行きましたか 11 Did you go outside Shizuoka prefecture ?	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No
はいの方 何県ですか 11-1 If "Yes", which prefecture did you go to?	( )		( )		( )		( )		( )		( )		( )	
国外に行きましたか 12 Did you go abroad ?	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Yes	いいえ <input type="checkbox"/> No
はいの方 どの国ですか 12-1 If "Yes", which country did you go to?	( )		( )		( )		( )		( )		( )		( )	