

## 健 康 チ ェ ッ ク 表

\* 麻しんの潜伏期間は概ね10-12日、アグロブリン投与等により長くなる場合もありますが、最長でも3週間といわれています。

\* 本記録用紙は、麻しん患者との接触があった日から21日間の発熱、カタル症状（咳・鼻汁・目の充血）、発疹（頭・体・手足）などの症状と健康状態を自己チェックしていただくために作成いたしました。

\* 毎朝、自宅を出る前などに体温測定と、カタル症状や発疹の有無などのチェックをお願いします。

\* 無症状であれば、接触があった日から21日間についても平常通りの生活が可能です。ただし、できるだけ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こうことをお願いいたします。もし気になる症状が現れたときには、速やかに最寄りの保健福祉事務所や保健所等あるいは医療機関へご連絡ください（平塚市・大磯町・二宮町のお住いの方は本表記載の問合せ先にご連絡ください）。

接触者番号： 住所：

氏名： 自宅電話： - - - 携帯電話： - - -

麻しん患者との最終接触日時： 年 月 日 時ごろ

最終接觸 より	日付	測定時間	体温(°C)	症状（咳・鼻汁・目の充血・発疹 等）	備考欄（行先等）
0日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
1日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
2日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
3日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
4日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
5日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
6日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
7日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
8日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
9日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
10日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
11日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
12日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
13日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
14日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
15日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
16日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
17日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
18日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
19日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
20日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
21日	月 日	：		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

問い合わせ・連絡先 ( 平塚市・大磯町・二宮町にお住いの皆様の問合せ先 )

平塚保健福祉事務所保健予防課 感染症担当

所在地：神奈川県平塚市豊原町6-21 電話番号：0463-32-0130 FAX：0463-35-4024