

健康チェック表(一致する場合はチェックしてください)
健康确认表(符合时请在四方框里打勾)

コロナウィルス感染予防のため、健康チェックし、伝えましょう。

- 为了预防新冠肺炎病毒感染，请将具体的健康状况如实告知。
- 病院・診療所に行ったとき、自分の健康を伝えましょう。
- 去医院・诊所时，请汇报自己的健康状况。
- すぐに、受診できるように、チェック表に記入しましょう。
- 为了能够及时得到治疗，请填写健康确认表



発熱
高烧



息苦しさ
气喘



強いだるさ
感到很疲倦

体温	()度	
1 体温	()℃	
のどの痛み	あり	なし
2 喉痛吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
せき	あり	なし
3 是否咳嗽?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
息苦しさ	あり	なし
4 是否有存在呼吸困难的症状?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
鼻汁(鼻水)	あり	なし
5 是否流鼻涕?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
強いだるさ	あり	なし
6 感到很疲倦吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
頭が痛い	あり	なし
7 头疼吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
においがわからない	あり	なし
8 闻不出气味来吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
味がわからない	あり	なし
9 舌头没有味觉吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
下痢	あり	なし
10 拉肚子吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无

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 近期两周内有过37.5℃(度)以上的发烧吗?	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
2週間以内に県外に行きましたか	はい	いいえ
2 近期两周内去过县外吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
はいの方	何県ですか	()
2-1) 回答 <input type="checkbox"/> 是的人, 请填写去过的县名		
2週間以内に外国に行きましたか	はい	いいえ
3 近期两周内去过国外吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
はいの方	どこの国ですか	()
3-1) 回答 <input type="checkbox"/> 是的人, 请填写去过的国家名		
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 一起住的人, 近期两周内去过县外吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
はいの方	何県ですか	()
4-1) 回答 <input type="checkbox"/> 是的人, 请填写去过的县名		
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 一起住的人, 近期两周内去过国外吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
はいの方	どこの国ですか	()
5-1) 回答 <input type="checkbox"/> 是的人, 请填写去过的国家名		
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 近期两周内, 除家人外有没有和其他人进行大规模的聚餐?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
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 近期两周内, 有没有接触过新冠肺炎患者, 或疑似新冠肺炎患者?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

イラスト:かわいいうフリー素材集いらすとや

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

健康チェック表(一致する場合はチェックしてください)
健康确认表 (符合时请在四方框里打勾)

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。

- 为了预防新冠肺炎病毒感染，请您配合进行以下健康状况确认。
幼稚園・保育所・こども園に行ったとき、先生に、こどもの健康を伝えましょう。
- 上幼儿园(保育所・婴幼儿园)时，请告诉老师(您孩子的)健康状况。
チェック表に記載しましょう。先生に、みせましょう。
- 请填写一下健康确认表吧。并且提交给老师。



発熱
高烧



息苦しさ
气喘



強いだるさ
感到很疲倦

体温	()度	
1 体温	()℃	
2 のどの痛み 喉咙痛吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
3 せき 是否咳嗽?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
4 息苦しさ 是否有存在呼吸困难的症状?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
5 鼻汁(鼻水) 是否流鼻涕?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
6 強いだるさ 感到很疲倦吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
7 頭が痛い 头疼吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
8 においがわからない 闻不出气味来吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
9 味がわからない 舌头没有味觉吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
10 下痢 拉肚子吗?	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无

1 2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか 近期两周内有过37.5℃(度)以上的发烧吗?	はい <input type="checkbox"/> 有	いいえ <input type="checkbox"/> 无
2 2週間以内に県外に行きましたか 近期两周内去过县外吗?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
2-1) はいの方 回答 <input type="checkbox"/> 是的人，请填写去过的县名	何県ですか ()	
3 2週間以内に外国に行きましたか 近期两周内去过国外吗?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
3-1) はいの方 回答 <input type="checkbox"/> 是的人，请填写去过的国家名	どこの国ですか ()	
4 一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか 一起住的人，近期两周内去过县外吗?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
4-1) はいの方 回答 <input type="checkbox"/> 是的人，请填写去过的县名	何県ですか ()	
5 一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか 一起住的人，近期两周内去过国外吗?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
5-1) はいの方 回答 <input type="checkbox"/> 是的人，请填写去过的国家名	どこの国ですか ()	
6 2週間以内に、家族以外の人と集団で食事をしましたか 近期两周内，除家人外有没有和其他人进行大规模的聚餐?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
7 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 近期两周内，有没有接触过新冠肺炎患者，或疑似新冠肺炎患者?	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否

<p>今日はお休みしましょう。 <input type="checkbox"/> 今天请休息吧。不要上学。 家に、いましょう。 <input type="checkbox"/> 请呆在家里吧。 病院に行きましょう。 <input type="checkbox"/> 请前往医院就诊</p>
--

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。

为了预防新冠肺炎病毒，请每天进行健康确认。

	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
1 体温	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C	()度 ()°C
2 のどの痛み 喉嚨痛吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
3 せき 是否咳嗽？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
4 息苦しさ 是否有存在呼吸困难的症状？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
5 鼻汁(鼻水) 是否流鼻涕？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
6 強いだるさ 感到很疲倦吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
7 頭が痛い 头疼吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
8 においがわからない 闻不出气味来吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
9 味がわからない 舌头没有味觉吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
10 下痢 拉肚子吗？	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无	あり <input type="checkbox"/> 有	なし <input type="checkbox"/> 无
11 県外に行きましたか 去过县外吗？	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
11-1 はいの方 何県ですか 回答 是的人，请填写去过的县名	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
12 国外に行きましたか 去过国外吗？	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否	はい <input type="checkbox"/> 是	いいえ <input type="checkbox"/> 否
12-1 はいの方 どの国ですか 回答 是的人，请填写去过的国家名	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()