

健康チェック表

(病院・診療所用)

Lista de chequeo de salud

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。

- Para prevenir la infección de Coronavirus, vamos a chequear su salud e informar! 病院・診療所に行ったとき、自分の健康を伝えましょう。
- Informe su estado de salud cuando vaya al hospital o clinica すぐに、受診できるように、チェック表に記入しましょう。
- Completa el formato de chequeo para poder atender con rapidez.



発熱  
Fibre alta



息苦しさ  
Asfixia /Dificultad para respirar



強いだるさ  
Languidez pesado

1	体温 Temperatura corporal	( )度 ( )°C	
2	のどの痛み Dolor de garganta	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
3	せき Tos	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
4	息苦しさ Asfixia /Dificultad para respirar	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
5	鼻汁(鼻水) Sale moco/Mucosidad	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
6	強いだるさ Languidez pesado	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
7	頭が痛い Tiene dolor de cabeza	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
8	においがわからない No diferencia el olor	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
9	味がわからない No se siente sabor	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
10	下痢 Diarrea	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No

1	2週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか ¿Tuvo fiebre mas de 37.5°C en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
2	2週間以内に県外に行きましたか ¿Ha viajado en otra prefectura en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
2-1)	はいの方 Quién contestó "si"	何県ですか ¿Cuál prefectura?	( )
3	2週間以内に外国に行きましたか ¿ Ha viajado al exterior en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
3-1)	はいの方 Quién contestó "si"	どこの国ですか ¿Que país?	( )
4	一緒に住んでいる方が、県外に行きましたか ¿Algunos de su familiar que vive en la misma casa ha viajado en otra prefectura, en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
4-1)	はいの方 Quién contestó "si"	何県ですか ¿Cuál prefectura?	( )
5	一緒に住んでいる方が、国外に行きましたか ¿Algunos de su familiar que vive en la misma casa ha viajado al exterior en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
5-1)	はいの方 Quién contestó "si"	どこの国ですか ¿Cuál pais?	( )
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 ¿ Salió a comer en grupo no familiar en estos últimos dos semana?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
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 ¿Tuvo contacto con la persona infectada o con sospechas de Coronavirus en estos últimos dos semanas?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <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.irasutoya.com/>

健康チェック表  
Lista de chequeo de salud

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。

- Para prevenir la infección de Coronavirus, vamos a chequear su estado de salud.  
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。
- Vamos a informar sobre el estado de salud de sus hijos a la maestra al llegar en guardería, jardín de infantes o pre escolar.  
チェック表に記載しましょう。先生に、みせましょう。
- Utilice el formulario de chequeo y muestre a la maestra.

体温	( ) 度
1 Temperatura corporal	( ) °C
のどの痛み	あり なし
2 Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
せき	あり なし
3 Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
息苦しさ	あり なし
4 Asfixia /Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
鼻汁(鼻水)	あり なし
5 Sale moco/Mucosidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
強いだるさ	あり なし
6 Languidez pesado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
頭が痛い	あり なし
7 Tiene dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
においがわからない	あり なし
8 No diferencia el olor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
味がわからない	あり なし
9 No se siente sabor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
下痢	あり なし
10 Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



発熱  
Fibre alta



息苦しさ  
Asfixia /Dificultad para respirar.



強いだるさ  
Languidez pesado

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 ¿Tuvo fiebre mas de 37.5°C en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<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 ¿Ha viajado en otras prefecturas en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
はいの方	何県ですか	
2-1) Quién contestó "si"	¿Que prefectura?	( )
2週間以内に外国に行きましたか	はい	いいえ
3 ¿ Ha viajado al exterior en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
はいの方	どこの国ですか	
3-1) Quién contestó "si"	¿Que país?	( )
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 ¿Algunos de su familiar que vive en la misma casa ha viajado en otra prefectura, en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
はいの方	何県ですか	
4-1) Quién contestó "si"	¿Que prefectura?	( )
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 ¿Algunos de su familiar que vive en la misma casa ha viajado al exterior en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
はいの方	どこの国ですか	
5-1) Quién contestó "si"	¿Que país?	( )
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 ¿ Salió a comer en grupo no familiar en estos últimos dos semana?	<input type="checkbox"/> Si	<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 ¿Tuvo contacto con la persona infectada o con sospechas de Coronavirus en estos últimos dos semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

<p>今日はお休みしましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> Descanse hoy</p> <p>家に、いましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> Quedense en la casa</p> <p>病院に行きましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> Vamos al hospital</p>
---

イラスト:かわいいフリー素材集いらすとや

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

毎日の健康チェック表

Formulario para chequeo de salud

スペイン語

Ver.0

2020. 11.21. 作製

名前

NO. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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。

Realicemos el chequeo de salud todos los días para prevenir la infección por Coronavirus

	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias	月 Mes	日 Dias
体温 1 Temperatura corporal	( )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
のどの痛み 2 Dolor de garganta	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
せき 3 Tos	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
息苦しさ 4 Asfixia /Dificultad para respirar	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
鼻汁(鼻水) 5 Sale moco/Mucosidad	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
強いだるさ 6 Languidez pesado	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
頭が痛い 7 Tiene dolor de cabeza	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
においがわからない 8 No diferencia el olor	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
味がわからない 9 No se siente sabor	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
下痢 10 Diarrea	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No	あり <input type="checkbox"/> Si	なし <input type="checkbox"/> No
県外に行きましたか 11 ¿Ha viajado en otras prefecturas.?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
はいの方 何県ですか 11-1 Quién contestó "si" ¿Que prefectura?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
国外に行きましたか 12 ¿Ha viajado al exterior ?	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No	はい <input type="checkbox"/> Si	いいえ <input type="checkbox"/> No
はいの方 どの国ですか 12-1 Quién contestó "si" ¿Que país?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )