

衛生健康管理表

令和 年 月 最終確認者

氏名 _____

全て該当しない場合は「全て該当項目なし」に○をつける。

日・曜日	症状	①黄疸 ②下痢 ③腹痛 ④発熱 ⑤皮膚の化膿性疾患等 ⑥目・耳・鼻からの分泌(感染するおそれのあるものに限る) ⑦吐き気及び嘔吐			不良な項目がある場合は、責任者の押印 確認者
		全て該当なし	症状がある場合該当する番号	症状がある項目に対して対応措置を責任者へ確認(指示・指導等)備考欄	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

- ※ 同居家族等、腹痛・吐き気・発熱の症状がある場合は備考欄に記載すること。
- ※ その際は、速やかに所属長に報告し指示を仰ぐこと。
- ※ 作業着、帽子は毎日清潔なものを着用しましょう。
- ※ 厨房に入る際は、ピアス・ネックレス・指輪などは外し、髪は束ねて作業に入りましょう。