

健康チェックカード

※受付時にご提出ください。

- ・このシートに1週間分記入していただき、当日ご持参ください。
- ・マスクの着用、手指の消毒をお願い致します。
- ・発熱、体調がすぐれない方や感染者との濃厚接触があった方は、ご参加をご遠慮ください。
- ・本健康チェック表にご記入いただいた個人情報感染拡大防止に係る追跡調査以外に使用することはありません。

お名前	
連絡先☎	

今日の体温		℃
-------	--	---

◆症状

①～④については、症状がある場合は○を、無い場合は×をご記入下さい。

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
① のどの痛み							
② 咳が出る							
③ 頭痛							
④ 味覚・嗅覚障害							

◆接触歴

最近2週間で以下のことはありましたか？ ○で囲んでください。

①新型コロナウイルスが陽性と診断とされた人との接触	はい	いいえ
②自分や家族の流行地域・他県への往来	はい	いいえ
③同じ職場で、発熱、咳、嗅覚・味覚障害などの症状が出た人がいた	はい	いいえ



ご協力ありがとうございました。