

健康チェックシート

日時 _____ お名前 _____ 連絡先 (☎) _____

- 現在の症状 無
有 (下記の身体症状の当てはまる症状にチェックして下さい)

■本日体温 () °C

■コロナワクチン接種歴 1回済 2回済 3回済 4回済 未接種

■コロナウイルス陽性の方と接触 無 有 (接触した時期)

■コロナウイルス罹患歴に関して 無 有 (罹患時期)

■身体症状 ・ ・当てはまる症状にチェック してください。(当日の症状)

身体症状無

発熱 倦怠感 (体のだるさ) 息苦しさ

咳 痰 喉の痛み 鼻汁 下痢

味覚異常 嗅覚異常

その他 ()

以上のいずれかが2日以上続いている (いつから)

同居家族や職場等周囲に以上のいずれかの症状があった人がいる (いつから)

■御本人・ご家族の方で 1週間以内に以下の場所・地域に行かれましたか

3密の場所 (密閉・密接・密集:例えば、イベントや会食等、換気の出来ない人込みなど)

海外 ⇒ ()

無