

健康チェックシート

お名前

■過去2週間の体調及び状況についてお答えください。

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 平熱を超える発熱 (37.5℃以上) | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 2 咳やのどの痛みなど風邪の症状 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 3 体のだるさ、息苦しさ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 4 嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 5 体が重く感じたり、疲れやすい等 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 6 新型コロナウイルス感染症「陽性」とされた方と濃厚接触がある | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 7 同居家族や身近な知人に感染を疑われる人がいる | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 8 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触がある | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

■現在の体調についてお答えください。

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 平熱を超える発熱 (37.5℃以上) | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 2 咳やのどの痛みなど風邪の症状 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 3 体のだるさ、息苦しさ | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 4 嗅覚や味覚の異常 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 5 その他、気になる症状
(具体的な症状：) | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

※「ある」にチェックが入った方、当日の体調に不安がある方は参加をお控えください。

※新型コロナウイルス感染発生の疑いが生じた場合、必要に応じて保健所等の公的機関へ情報提供し、感染拡大防止策を講じることをご了承下さい。

※このチェックシートは新型コロナウイルス感染拡大防止対策以外には使用しません。