

# < 体調チェックシート >

## ◇新型コロナウイルス感染症の症状チェック

新型コロナウイルス感染症の症状がないこと、そして、他の人へのリスクが限定的であることを確認するため、感染症予防・拡大防止に御理解と御協力をお願いいたします。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代表者 氏名 \_\_\_\_\_ 入館時の体温 \_\_\_\_\_ °C

連絡先 (E-mail) \_\_\_\_\_

連絡先 (携帯電話番号) \_\_\_\_\_

帯同者 氏名	連絡先	入館時 体温
		°C
		°C
		°C
		°C

### 【設問 1】

この 14 日間に新型コロナウイルス感染症の以下のような症状がありましたか？

発熱  はい  いいえ

咳や喉の痛み  はい  いいえ

不明な息苦しさ  はい  いいえ

強い倦怠感  はい  いいえ

嗅覚・味覚障害・異変  はい  いいえ

新型コロナウイルス感染症の患者だと確定された人または疑われている人とこの 14 日間に接触しましたか？

はい  いいえ  可能性があります

### 【設問 2】

この 14 日間に海外の渡航歴がありましたか？  はい  いいえ

上記注意事項をご確認の上、ご署名願います。

氏名 \_\_\_\_\_

※本名簿は法律に基づくもの及び新型コロナウイルス感染対策についてのみ使用するものとし  
その他の目的には使用いたしません。