

健康チェックシート

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目に記入をお願いします。

	11月1日	11月2日	11月3日	11月4日	11月5日	11月6日
体 温	°C	°C	°C	°C	°C	°C
過去7日間の体調及び状況についてお答えください。						
健 康 状 態	のどの痛みがある	有 ・ 無				
	咳（せき）が出る	有 ・ 無				
	痰（たん）がでたり、からんだりする	有 ・ 無				
	鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く	有 ・ 無				
	頭が痛い	有 ・ 無				
	だるさ（倦怠感）がある	有 ・ 無				
	息苦しさがある	有 ・ 無				
	体が重く感じる、疲れやすい	有 ・ 無				
	味覚異常がある	有 ・ 無				
	嗅覚以上がある	有 ・ 無				
行 動 調 査	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触（※1）がある	有 ・ 無				
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有 ・ 無				
	海外渡航（※2）	有 ・ 無				
	出張・休暇（※3）	有 ・ 無				

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 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ている国、地域等へ渡航した場合

※3 過去14日以内にクラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた場合