

健康チェックシート ※受付時にご提出ください。

- マスク着用をお願いします。
- 「症状」欄に該当された方、「接触歴」欄に該当され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（電話）	

受付時の体温	度
--------	---

●症状

最近1週間以内で以下のことはありましたか？ ○で囲んでください。

①のどの痛み	はい	いいえ
②せきがでる	はい	いいえ
③頭痛	はい	いいえ
④味覚・嗅覚障害	はい	いいえ

●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・味覚障害等の症状がでた人がいた	はい	いいえ

ご協力ありがとうございました。