

健康確認チェックシート

当日の健康状態を記入し、受付に提出してください。

氏名 _____ 当日体温： _____ °C

連絡先 _____

この2週間（14日間）で該当する下記の項目に✓を入れてください。

咳、のどの痛み、倦怠感、発熱等はない。	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚に異常はない。	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に新型コロナウイルスに感染が疑われる方はいない。	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染陽性とされた方と濃厚接触はない。	<input type="checkbox"/>
感染拡大地域（緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置地域）との往来はない。	<input type="checkbox"/>
海外への渡航又は海外渡航者との濃厚接触はない。	<input type="checkbox"/>

ご協力ありがとうございました。

※このチェックリストは1ヶ月間保管し、その後、破棄します。