**健康チェックシート**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | マスクの着用 |
| **□** | 手指の消毒 |

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日時 | 月　　　　日　　　　時　　　　分 |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 体温 | 検温時間（　　時　　分） |

|  |  |
| --- | --- |
| 過去２週間における以下の事項の有無 | |
| 平熱を超える発熱 | 有・無 |
| せき、喉の痛みなど風邪の症状 | 有・無 |
| だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） | 有・無 |
| 臭覚や味覚の異常 | 有・無 |
| 体が重く感じる、疲れやすいなど | 有・無 |
| 新型コロナウイルス感染症陽性とされたものとの濃厚接触 | 有・無 |
| 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | 有・無 |
| 政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、  地域などへ渡航または当該在住者との濃厚接触がある場合 | 有・無 |

＊１項目でも「有」ある場合は、参加できません。