

## 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。