

## 健康チェックシート

- マスクの着用
- 手指の消毒

記載日時	年      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。