

健康チェックシート

記入日 _____

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

受付時に!

健康チェックシートを提出する当日の体調及び状況についてお答えください。		
健 康 調 査	当日（自宅等出発前）の体温	℃
	37.5℃以上又は平熱より1℃以上の発熱	有 ・ 無
	風邪の症状（咳、咽頭痛、鼻汁）	有 ・ 無
	頭痛	有 ・ 無
	息切れや息苦しさ	有 ・ 無
	立位や座位がづらい程の倦怠感	有 ・ 無
	下痢	有 ・ 無
	嘔気・嘔吐	有 ・ 無
	目の痛みや眼球結膜の充血	有 ・ 無
	味覚や嗅覚の異常	有 ・ 無
行 動 調 査	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触 ^{※1} がある	有 ・ 無
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有 ・ 無
	海外渡航 ^{※2}	有 ・ 無
	出張・休暇 ^{※3}	有 ・ 無

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で、マスクなどで口元が覆われていない状態で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等へ渡航した場合

※3 過去14日以内にクラスターが発生している都道府県や該当地域に在住又は出張・休暇等で訪れた場合

※4 本票は、一定期間補保管した後、破棄します。