

体調チェック票(当日用)

＜新型コロナウイルス感染症防止チェックリスト＞

御所属		
御氏名		
連絡先電話番号		
本日の体温	度	
本日の体調	異常がない	はい・いいえ
マスクの着用	着用している	はい・いいえ
ワクチン接種	1回接種済 2回接種済 3回接種済 未接種	

2週間前からの症状等

全てにお答えください。

(下記チェック欄の該当を○を囲んでください。)

チェック項目		チェック欄
ア	平熱を超える発熱がない	はい・いいえ
イ	咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状がない	はい・いいえ
ウ	だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	はい・いいえ
エ	嗅覚や味覚の異常がない	はい・いいえ
オ	新型コロナウイルス感染症陽性者とされた者との濃厚接触がない	はい・いいえ
カ	同居家族や身近な人に感染が疑われる方がいない	はい・いいえ
キ	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、地域への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	はい・いいえ

- ※ 1. 「いいえ」がある場合は参加をお断りする場合があります。
 2. ご記入いただいた個人情報、新型コロナウイルス感染症防止のために保管いたします。
 3. 受付の際に必ずご提出をお願いします。

令和 年 月 日

氏名 _____