

# 健康チェックシート

参加者全員について記入し、参加日当日に受付に提出してください。

NO	氏名	住所	電話番号	当日含む過去2週間における体調及び状況についてお答えください。						
				① 平熱を超える発熱がある。	② 咳・のどの痛みなど風邪の症状がある。	③ さださ（呼吸困難）がある。	④ 濃厚接触が判断された方と濃厚接触がある。	⑤ 味覚や嗅覚の異常がある。	⑥ 当該国・地域等への濃厚接触がある。	⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
1				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
2				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
3				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
4				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
5				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
6				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
7				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
8				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
9				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
10				有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

## 備考

- ※「有」にチェックが入った方、体調に不安のある方は参加をお控えください。
- ※このチェックシートは新型コロナウイルス感染対策以外には使用いたしません。
- ※人数が多く、書ききれない場合は、コピーしてお使いください。