

# 健康チェックシート

新型コロナウイルス感染対策のため、下記につきましてご記入とご署名をいただきますようお願いします。

令和 年 月 日

○本日の体温は何度ですか？ ⇒ \_\_\_\_\_ 度

○咳や鼻水などの風症状はありますか？ ⇒ ( はい ・ いいえ )

○強いだるさや息苦しさはありますか？ ⇒ ( はい ・ いいえ )

○自分や家族で新型コロナウイルスに感染している人はいません。また、濃厚接触者には該当しません。 ⇒ ( はい ・ いいえ )

※上記の方は、待機期間中の活動はできません。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※この問診票は1ヶ月間保管し、新型コロナウイルス感染症の感染防止のために使用させていただきます場合がありますので、あらかじめご了承ください。