

健康チェックシート

氏名 _____

所属連盟 _____

住所 _____

TEL _____

当日の体温 _____ °C

本日より前2週間についてチェックして下さい。

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 平熱を超える発熱（概ね 37.5°C以上） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| せき、のどの痛み | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 倦怠感、息苦しさ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 嗅覚、味覚の異常 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 体が重く感じる、疲れやすい等 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 同居家族、身近な知人に感染が疑われる方がいる | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 過去14日間に政府より入国制限、入国後観察機関を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある。 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

※ 上記内容を把握するためのみに使用します。

※ 本日より一か月間保存します。