

健康チェックシート

氏名（ ） 携帯番号（ ）

住所（ ） 所属（ ）

体温 °C （計測時間 時 分）

呼吸器症状 なし

あり 咳・呼吸困難感・咽頭痛・鼻汁・その他

消化器症状 なし

あり 下痢・嘔吐・その他

その他 なし

あり 味覚障害・嗅覚障害・その他

同居家族に上記症状のある人がいる

いいえ はい

濃厚接触者の可能性がある

いいえ はい

1か月以内の海外渡航歴、特定警戒都道府県への往来がある

いいえ はい