

体調チェックシート

感染予防ため体調チェックシートの提出にご協力をお願いいたします。

記入後は訪問部署に提出してください。

本日の体温	度
-------	---

以下の質問について症状等の有無についてご回答ください

1. 咳はありますか	有	・	無
2. 息切れがありますか	有	・	無
3. 鼻水・鼻づまりはありますか	有	・	無
4. 喉の痛みはありますか	有	・	無
5. 臭いや味の異常がありますか	有	・	無
6. 全身のだるさがありますか	有	・	無
7. 頭痛はありますか	有	・	無
8. 吐き気・嘔吐はありますか	有	・	無
9. 目の充血はありますか	有	・	無
10. 関節痛・筋肉痛はありますか	有	・	無
11. 発疹はありますか	有	・	無
12. 下痢はありますか	有	・	無
13. 2週間以内に 37.5℃以上の発熱がありましたか	有	・	無
14. 2週間以内に新型コロナウイルス感染症にかかった人との濃厚接触がありましたか	有	・	無

記載日： 年 月 日

所 属：

氏 名：

以下の注意事項をお読みになり、ご協力をお願いいたします。

- ・ 37.5℃以上の発熱がある場合や、上記 1～14 の項目が一つでも当てはまる方の来院は、ご遠慮いただく場合がございます。
- ・ 来院の際は、必ずマスクをご持参・ご着用ください。
- ・ 必要以外の場所への立ち入りは、ご遠慮いただきますようお願いいたします。
- ・ 来院終了後、一週間以内に感染症状が出た場合は、訪問部署へご連絡ください。