

健康チェックシート（当日）【個人用】

記入日 令和 年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目に記入をお願いします

※ご記入の上、朝受付へ提出してください！

過去14日間の体調及び状況についてお答えください		
健康調査	当日の体温	℃
	平熱を超える発熱	有 ・ 無
	のどの痛みがある	有 ・ 無
	咳（せき）が出る	有 ・ 無
	痰（たん）がでたり、からんだりする	有 ・ 無
	鼻水、鼻づまりがある *アレルギーを除く	有 ・ 無
	頭が痛い	有 ・ 無
	だるさ（倦怠感）がある	有 ・ 無
	息苦しさがある	有 ・ 無
	体が重く感じる、疲れやすい	有 ・ 無
	味覚異常がある	有 ・ 無
	嗅覚異常がある	有 ・ 無
行動調査	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触（※1）がある	有 ・ 無
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有 ・ 無
	海外渡航（※2）	有 ・ 無
	出張・休暇（※3）	有 ・ 無

※1 濃厚接触とは「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で、必要な感染予防なしで15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が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

※3 過去14日以内にクラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた場合

※4 この健康チェックシートは会場入場の際に入口受付にて提出をお願いします。

※5 この健康チェックシートは一定期間保管した後、廃棄します。