

氏名		所属	
住所			

1) 本日の体温 \_\_\_\_\_℃

回答は○をつけてください

2) 本日前2週間における体調について

有 無

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ①平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）  | ある | ない |
| ②せき、のどの痛みなど風邪の症状  | ある | ない |
| ③だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）  | ある | ない |
| ④嗅覚や味覚の異常   | ある | ない |
| ⑤体が重く感じる、疲れやすい等   | ある | ない |
| ⑥新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触                                      | ある | ない |
| ⑦同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合                                       | ある | ない |
| ⑧過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある場合 | ある | ない |