

## 健康チェックシート

提出日 /

氏名	
企業名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	

以下の質問にお答えください。  
ご記入いただき、当日お持ちください。

1	風邪症状、37.5度以上の発熱がありますか？	はい	いいえ
2	2週間以内に、風邪症状や37.5度以上の発熱がある人と濃厚接触しましたか？	はい	いいえ
3	倦怠感(強いだるさ)や呼吸困難(息苦しさ)咽頭痛はありますか？	はい	いいえ
4	2週間以内に、呼吸器の問題(咳や呼吸困難など)が生じましたか？	はい	いいえ
5	味や臭いがわからなくなっていますか？	はい	いいえ
6	2週間以内に、新型コロナウイルス感染が確認された患者と接触しましたか？	はい	いいえ
7	2週間以内に、海外に旅行された方と接触しましたか？	はい	いいえ

新型コロナウイルス感染症拡大防止にご理解・ご協力の程、よろしくお願い致します。