

健康チェック表

氏名		連絡先	
直近 14 日以内に以下の項目にチェックを入れてください。			
37.5°C以上の発熱があった	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	咳が続いている	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
息切れ、呼吸苦しい	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	痰が出る	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
喉の痛み	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	鼻水、鼻つまり	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
頭痛	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	前身倦怠感	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
下痢	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	吐き気・嘔吐	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
嗅覚味覚の異常	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		
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が有る			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
過去 1 4 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			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>