**健康チェックシート**

氏　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

体温：（　　　　　　度）

２週間以内に下記症状等がある場合はチェックをつけてください

□発熱症状

□解熱剤を使った

□だるい

□頭痛がある

□のどが痛い

□咳がでる

□痰がでる

□息が苦しい

□味や匂いが分からない

□コロナ感染者との接触がある

□コロナ流行地域への滞在がある

□コロナ流行地域の方との接触がある

□家族に発熱者がいる