

## 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