

健康状態チェックカード

記入日： 年 月 日

当日の体調を記入し、受付に渡してください。

氏名 _____

体調について	
<input type="checkbox"/>	(1) 新型コロナウイルスに感染し、現在自宅療養中である
<input type="checkbox"/>	(2) 新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者で、現在健康観察中である
<input type="checkbox"/>	(3) 発熱がある
<input type="checkbox"/>	(4) 息苦しさがある
<input type="checkbox"/>	(5) 味や匂いを感じられない
<input type="checkbox"/>	(6) 咳やたんがある
<input type="checkbox"/>	(7) 全身倦怠感がある
<input type="checkbox"/>	(8) 嘔吐や吐き気がある
<input type="checkbox"/>	(9) 下痢が続いている