

## 新型コロナウイルス感染症防止のための健康チェック票

現在の状況について教えてください。

(1) 体温 \_\_\_\_\_℃

平熱より高い体温である、あるいは体温が37.0℃以上ですか？

いいえ はい

(2) 咳、呼吸苦はありますか？

いいえ はい

(3) 全身の倦怠感 はありますか？

いいえ はい

(4) のどの痛みはありますか？

いいえ はい

(5) 鼻水、鼻づまりの症状はありますか？

いいえ はい

(6) 頭痛はありますか？

いいえ はい

(7) 関節痛、筋肉痛はありますか？

いいえ はい

(8) 下痢はありますか？

いいえ はい

(9) 吐き気はありますか？

いいえ はい

(10) 味覚障害、嗅覚障害はありますか？

いいえ はい

※ 上記の症状が認められる場合、または新型コロナウイルス感染症の可能性があると判断された場合は受講できません。

令和            年            月            日

氏名 \_\_\_\_\_