

【共通】

来会初日に提出

健康チェックシート

都道府県		所 属	
氏名 ※自署		連絡先 (電話番号)	
住所	〒		

【チェック項目】

- ア・平熱を超える発熱 イ・咳、喉の痛みなど風邪の症状 ウ・だるさ、息苦しさ
 エ・味覚や嗅覚の異常 オ・体が重く感じる、疲れやすい
 カ・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
 キ・同居家族や身近な知人で感染が疑われる方
 ク・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を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

No	月 日	曜日	体 温	上記ア～クの各項目に該当があれば ☐ を入れる。							
				ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク
1	月 日		℃								
2	月 日		℃								
3	月 日		℃								
4	月 日		℃								
5	月 日		℃								
6	月 日		℃								
7	月 日		℃								
8	月 日		℃								
9	月 日		℃								
10	月 日		℃								
11	月 日		℃								
12	月 日		℃								
13	月 日		℃								
14	月 日		℃								
来会前日までの14日間											
来会日	月 日		℃								

※来会初日に本部へ提出してください。