体調チェックシート

名前 _____

受講当日の体温 _____℃

日付	平熱を超える発熱	せき、のどの痛み	倦怠感	味覚･嗅覚の異常
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
（当日）　月　日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

受講前 14 日以内の状況をご回答ください。

新型コロナウィルス感染症陽性とされた者との濃厚接触がありましたか？	はい･いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか？	はい･いいえ
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がありましたか？	はい･いいえ

（スタッフ記入欄）

受付（確認者）署名 _____