

健康チェックシート

記入日：令和 年 月 日

当センターでは、来室される方全員に健康状態の確認をさせていただいております。ご理解とご協力をお願い致します。

記入者お名前： _____

現在の体温： _____ 度 時間： _____ 時 _____ 分

1. 現在の体調についてお伺いいたします。

- 風邪のような症状（せき・のどの痛み・鼻水） ある なし
- 強いだるさや息苦しさ ある なし
- 嗅覚障害（臭いがしない） ある なし
- 味覚障害（味がしない、変な味がする） ある なし
- 一週間以上続く目の奥の痛み ある なし
- 吐き気や下痢などの消化器症状 ある なし
- その他 ある なし

「ある」場合には自覚症状を書いて下さい。

2. 過去2週間に新型コロナウイルスの感染が拡大している地域や、

外国に行かれましたか？ ある なし

3. 過去2週間に新型コロナウイルス感染が疑われる方との接触はありましたか？

ある なし

ご協力ありがとうございました。