**健康チェックシート**

氏名

所属連盟

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

当日の体温　　　　　　　　℃

本日より前2週間についてチェックして下さい。

平熱を超える発熱（概ね37.5℃以上） □あり □なし

せき、のどの痛み □あり □なし

倦怠感、息苦しさ □あり □なし

嗅覚、味覚の異常 □あり □なし

体が重く感じる、疲れやすい等 □あり □なし

新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触 □あり □なし

同居家族、身近な知人に感染が疑われる方がいる □あり □なし

過去14日間に政府より入国制限、入国後観察機関を

必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住

者との濃国接触がある。 □あり □なし

※　上記内容を把握するためのみに使用します。

※　本日より一か月間保存します。