**体調チェックシート　　　　　　　　※書式２**

企業（所属）名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

電話番号（日中連絡がつく番号）　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

新型ｺﾛﾅｳｲﾙﾙ感染症の感染防止のため、来場日から14日前の間の体調を記入し受付時に必ずご提出下さい。

**症状リスト**①平熱を超える発熱　　②咳　　③のどの痛み　　④倦怠感（だるさ）　　⑤息苦しさ

　⑥嗅覚や味覚の異常　　⑦その他（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

１）来場日から**14日前の期間の体調**を記入してください。　　主催者チェック欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 体　温 | 体　調 | 不調の場合の具体的症状上記 症状リストの番号①～⑦をご記入ください。 | 記入日 | 体　温 | 体　調 | 不調の場合の具体的症状上記 症状リストの番号①～⑦をご記入ください。 |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | 開催当日 | 　　　℃計測時間　： | □良好　　□不調 |  |
| / | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  | / |

２）**来場日14日以内**について、以下の質問にお答えください。　主催者チェック欄

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問 | 回　答 |
| 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との＊濃厚接触はありましたか？ | □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 |
| 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、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？ | □はい　　□いいえ |

*＊濃厚接触者とは：同居している人、長時間接触した人、診察・看護・介護した人、体液に触れた人、1メートル程度でマスク無し、15分以上接触した人*

３）その他、気になる点や伝えたいこと等がありましたら、ご記入ください　　主催者チェック欄

|  |
| --- |
|  |

４）明日以降もお越しになる可能性がありますか？　　　　□はい　　　□いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※はいの方は、明日以降は別紙にご記入ください。

記入内容は本事業のみにおいて活用いたします（書類は1ヶ月保管した後、破棄いたします）。

万が一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することを予めご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

**体調チェックシート　　来場日：　　　月　　　日**

開催期間中、毎日の体調を記入し 、1 日ずつ切り取ってご提出ください。

**症状リスト**①平熱を超える発熱　　②咳　　③のどの痛み　　④倦怠感（だるさ）　　⑤息苦しさ

　⑥嗅覚や味覚の異常　　⑦その他（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業名　所属名 | 氏名 | 日付 | 体　温 | 体　調 | 不調の場合の具体的症状上記 症状リストの番号①～⑦をご記入ください。 |
|  | 　　 | □良好　　□不調 | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| 携帯番号 |  | メールアドレス |  |

・・・・・・・・・・・切り取り線・・・・・・・・・・・・

**体調チェックシート　　来場日：　　　月　　　日**

開催期間中、毎日の体調を記入し 、1 日ずつ切り取ってご提出ください。

**症状リスト**①平熱を超える発熱　　②咳　　③のどの痛み　　④倦怠感（だるさ）　　⑤息苦しさ

　⑥嗅覚や味覚の異常　　⑦その他（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業名　所属名 | 氏名 | 日付 | 体　温 | 体　調 | 不調の場合の具体的症状上記 症状リストの番号①～⑦をご記入ください。 |
|  | 　　 | □良好　　□不調 | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| 携帯番号 |  | メールアドレス |  |

・・・・・・・・・・・切り取り線・・・・・・・・・・・・

**体調チェックシート　　来場日：　　　月　　　日**

開催期間中、毎日の体調を記入し 、1 日ずつ切り取ってご提出ください。

**症状リスト**①平熱を超える発熱　　②咳　　③のどの痛み　　④倦怠感（だるさ）　　⑤息苦しさ

　⑥嗅覚や味覚の異常　　⑦その他（具体的症状は各日の欄にご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業名　所属名 | 氏名 | 日付 | 体　温 | 体　調 | 不調の場合の具体的症状上記 症状リストの番号①～⑦をご記入ください。 |
|  | 　　 | □良好　　□不調 | 　　　℃ | □良好　　□不調 |  |
| 携帯番号 |  | メールアドレス |  |