

体調管理チェックシート

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： _____

新型コロナウイルス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	℃	□良好 □不調	
/	℃	□良好 □不調		/	計測時間 :	□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

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。