健康確認票

記入日：　令和　　年　　月　　日

所　属

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　齢

連絡先電話番号

緊急時連絡先電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 当日体温 | 当日体調（✓を入れてください） |
| ℃ | □特段問題はない  □発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がある |

この表に記入いただいたすべての情報はCovid-19感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取り扱いします。

□直近1週間以内に、発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・

　その他の症状（頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がない

※緊急時連絡先電話番号はご家族とご連絡が取れる番号をご記入ください