

「健康チェックシート」

新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、出席される方の健康と安全をお守りするため、「健康チェックシート」へのご記入をお願いしております。当日に、受付スタッフまで提出していただきますようお願いいたします。何卒、皆様のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

参加者氏名： _____

連絡先（電話番号）： _____

連絡先（Eメール）： _____

記載日： _____

「健康チェックシート」

■ 過去2週間の体調等についてお答えください。

① 平熱を超える発熱（37.5℃以上） ある ない

② 咳やのどの痛みなど風邪の症状 ある ない

③ 体のだるさ、息苦しさ ある ない

④ 嗅覚や味覚の異常 ある ない

⑤ 体が重く感じたり、疲れやすい等 ある ない

⑥ 新型コロナウイルス感染症 ある ない

「陽性」とされた方と濃厚接触がある

⑦ 同居家族や身近な知人に感染が ある ない

疑われる人がいる

⑧ 過去14日以内に政府から ある ない

入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域への渡航または
当該在住者との濃厚接触がある

■ 現在の体調についてお答えください。

① 平熱を超える発熱（37.5℃以上） ある ない

② 咳やのどの痛みなど風邪の症状 ある ない

③ 体のだるさ、息苦しさ ある ない

④ 嗅覚や味覚の異常 ある ない

⑤ その他、気になる症状 ある ない

※「ある」にチェックが入った方、当日の体調に不安がある方は参加をお控え下さい。

※参加中体調が優れなくなった場合は、すぐにスタッフにお伝え下さい。

※このチェックシートは、新型コロナウイルス感染拡大防止対策以外には使用いたしません。

県立加古川医療センター ICT

2022年10月

