

体調管理チェックシート（個人提出用）

提出日 令和 年 月 日

*当日にご提出ください。

名前		
所属（チーム名）		
住所		
連絡先（電話番号）		
※上記の項目については名刺での代用可		
当日の体温	（ ）℃	
★当日から2日以内の症状について		
①平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
②せき、のどの痛みなどの風邪の症状 （アレルギー疾患による症状は除く）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
③倦怠感や呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため上記の質問にご記入下さい。尚、記載された個人情報、新型コロナウイルス感染症拡大防止のための情報の管理を行うことを目的としたものであり、それ以外の目的では使用いたしません。